

DUE CASI

DI

SALPINGECTOMIA

PEL

Dott. A. TURRETTA

Estratto dal *Giornale Intern. delle Scienze Mediche* — Anno XII.



NAPOLI
ENRICO DETKEN EDITORE
Piazza Plebiscito
1890



Io ebbi occasione di operare, con successo, nell'aprile del 1889, una donna affetta di piosalpingite bilaterale ; e credo importante la pubblicazione dettagliata della mia osservazione sia dal punto di vista clinico ed operativo, come da quello anatomico-patologico.

La laparotomia in casi di salpingo-ovarite cominciò ad uscire dal suo periodo di discussione. Le numerose osservazioni pubblicate in questo ultimo scorcio di tempo hanno gettata molta luce sopra questa malattia, la quale prima era confusa clinicamente con una affezione infiammatoria molto comune nelle donne. E ormai ogni chirurgo oculato è in grado di giudicare della opportunità e convenienza dell'intervento operativo, ed è pienamente autorizzato a trattare chirurgicamente alcuni casi che, lasciati a sè stessi, o porterebbero a morte inevitabile o lascerebbero le povere inferme in preda a sofferenze indicibili, che non risentono alcun vantaggio da un trattamento palliativo.

Osservazione. Caterina Oliveri, di anni 24, da Castellammare del Golfo, entra nel mio comparto di chirurgia il 31 gennaio 1889. E' di statura piuttosto piccola, di costituzione delicata, magra. Non soffersè malattie rilevanti ; ebbe la prima mestruazione a 18 anni, e poi sempre regolarmente nel periodo di ritorno e durata, ma spesso variabile per quantità, e qualche volta accompagnata da turbe rilevanti. Prese marito a 19 anni, e poco tempo dopo cominciò per

lei una serie di sofferenze consistenti in sensazioni di peso e di bruciore al basso ventre con accensione del volto e qualche altro disturbo nervoso ; tal che spesso era obbligata a cercare qualche sollievo nei cataplasmi freddi sul ventre.

Sei mesi dopo il matrimonio, il flusso mensile ritardò di dieci giorni, e fece pensare a un principio di gravidanza ; ma si ripristinò più abbondante del solito, con caratteri di metrorragia, e fu seguito da fenomeni molto più molesti : dolori alla sinfisi pubica e alla regione inguinale destra, con intormentimento della coscia, e tali da impedirle spesso di stare ritta in piedi, stirature ai lombi, sensazione di peso alle pudenda, bruciore alla minzione, coprostasi. Non sa dire se vi sia stata febbre : provava però accensioni alternandosi con brividi di freddo. Da due anni a questa parte si accorse di una intumescenza, molto sensibile al tocco, al di sopra della piega inguinale destra ; e da quell'epoca le sofferenze sono di molto aumentate, estendendosi anche alla fossa iliaca sinistra : frequenti accessi di doglie che si diffondono al dorso e a tutto il basso ventre, cagionando ambascia e vomitazioni, qualche volta vero vomito e incontinenza pel cibo e per le bevande. La defecazione è molto stentata e dolorosissima. Da molto tempo i rapporti sessuali non possono essere sopportati.

Se si toglie quel ritardo di dieci giorni, il flusso mestruale *non è stato mai interrotto od irregolare*, nè durante il periodo le sofferenze sono state maggiori. Solamente *un anno dopo* la comparsa del tumoretto, la donna cominciò ad avvertire, di tanto in tanto, ai genitali un leggiero flusso purulento, che dura tuttora. Prima di quell'epoca giammai aveva notato qualche cosa di consimile.

Io sono sicuro dell'esattezza di queste notizie, perchè la Oliveri è dotata di molta intelligenza ed è di carattere dolce e mansueto. Essa si è presentata a me risoluta di sottoporsi a qualunque operazione chirurgica che possa liberarla dalle sofferenze attuali.

Nell'addome un pò depresso si nota subito, con la semplice ispezione, tre centimetri al di sopra della piega inguinale destra, una intumescenza, grossa come una piccola noce, la quale fa promi-

nenza al di sotto della parete addominale, e al primo tocco dà l'idea di un tumoretto sottocutaneo, tanto è superficiale e duro.

Però con una palpazione più accurata e a pareti rilasciate, riesce facile spostarlo non solo verticalmente, ma anche verso la linea mediana ed in alto, nel qual caso si approfondisce nel bacino.

Nel lato sinistro si palpa profondamente, in basso della fossa iliaca, un tumore grosso quanto un'arancia, schiacciato e allungato, quasi totalmente fisso nel bacino.

Col riscontro vaginale si trova l'utero piccolo, abbassato a tre centimetri dalla vulva, immobile in direzione verticale, poco mobile lateralmente, spostato a destra e ricacciato dietro il pube. Fornici sinistro e posteriore intieramente pieni di una massa piuttosto elastica che non si sposta in verun modo, sulla quale la pressione risveglia un dolore insopportabile; solo spingendo fortemente il dito indietro e a sinistra della volta vaginale si avverte la sensazione di un leggero crepitio, come di qualcosa che si lacera, e allora con la osservazione combinata, infossando l'altra mano nella fossa iliaca sinistra, si riesce a percepire nettamente il tumore e ad imprimergli una leggiera rotazione, in modo da acquistare la convinzione che si tratta di un tumore di forma bislunga ed irregolare un pò schiacciato, a pareti lisce, non molto consistente, che riempie lo spazio retto uterino e si estende molto a sinistra, trattenuto da aderenze abbastanza tenaci. Le connessioni di questo tumore con l'utero sono evidenti.

Il fornice vaginale destro è piccolo, a cagione dello spostamento dell'utero verso questo lato, ma sembra libero, e da questa parte della volta non si riesce a toccare nulla che abbia rapporti col tumoretto visibile al di sopra della piega inguinale destra. Però i movimenti impressi a questo tumore si comunicano all'utero; ma le indagini per iscoprire con qualche esattezza, per qual modo a quest'organo fosse attaccato il tumore stesso mi riescono infruttuose, non potendo il dito spingersi molto in alto, a cagione della fissazione dell'utero.

Pel retto si constata la presenza di un tumore voluminoso ed

elastico che deprime fortemente la parete anteriore di quest'organo ; il dito non può toccarne i limiti superiori.

In seguito alle manovre per la osservazione minuta, fatta sotto la narcosi cloroformica, si risveglia un leggiero risentimento peritoneale : dolori a tutto il basso ventre, più sensibili a sinistra, accompagnati da elevazione termica, tendenza al vomito, polsi piccoli e frequenti. Si ricorre alla vescica di ghiaccio sul ventre, e dopo qualche giorno l'ammalata ritorna allo stato abituale ; osserva però che qualche altra volta, in seguito a fatiche corporali e a strappo aveva sofferto un accenno di tali fenomeni. Intanto i dolori aumentano, e, contrariamente a quanto era accaduto prima, si fanno più vivi durante la ricorrenza mestruale, che interviene sempre regolarissima per periodo.

In presenza di tali fenomeni io ero autorizzato a pensare che gli annessi dell'utero fossero la sede di quei tumori, la cui esplorazione bimanuale, attraverso le pareti addominali, la vagina ed il retto, non lasciava riconoscere con sufficiente chiarezza la loro forma, nè la loro specie di connessione con l'utero. Quest'organo infatti non formava unico corpo coi tumori, e l'ipotesi di fibroidi sottoperitoneali dell'utero doveva a prima giunta eliminarsi. La consistenza elastica del tumore di sinistra faceva pensare ad un piccolo tumore dell'ovaia, rovesciato nello spazio di Dowglas e quivi aderente. Ma il modo d'insorgere dei tumori, i frequenti attacchi d'infiammazione della pelvi, la loro bilateralità, e, sino ad un certo punto, i loro caratteri fisici, parlavano più a favore di tumori cistici delle trombe di Falloppio a contenuto probabilmente purulento ; e sebbene alcuni dei fenomeni che li accompagnavano non si accordassero, anzi fossero in opposizione a quelli che il Tait descrive come più comunemente caratteristici di affezioni di tal genere, pur tuttavia la diagnosi di maggiore probabilità mi sembrava appunto quella di tumori tubarici.

L'inferma reclamava con la maggiore insistenza un sollievo alle sue sofferenze, ed io pensai ai casi pubblicati segnatamente dal Lawson Tait ed ai suggerimenti che questo eminente chirurgo dà per la cura di queste malattie, le quali abbandonate a sè stesse,

quando specialmente hanno raggiunto le proporzioni del caso in esame, lasciano poca speranza di spontanea guarigione, se non conducono a sicura morte. Sicchè non esitai a proporre all'ammalata un intervento radicale, riserbandomi di agire secondo le circostanze. Ed essa, sebbene edotta ripetutamente della gravità estrema di tale atto chirurgico, l'accettò subito con entusiasmo. Ogni ritardo, ogni mia esitazione, del resto giustificata, nel tradurre in pratica una tale proposta provocava in questa donna veri accessi di mania suicida.

L'atto operativo fu dunque definitivamente deciso ed eseguito, nel giorno 10 aprile 1889 alle ore 11 antimeridiane.

Tralascio di enumerare tutte le precauzioni prese allo scopo di ottenere, nel miglior modo possibile, e con maggior diligenza che nelle precedenti laparotomie, l'asepsi del locale. Noi non abbiamo ancora disgraziatamente nel nostro Ospedale una stanza che offra alcuna garanzia per conseguire un tale scopo.

La donna era stata ripetutamente purgata, e sottoposta qualche ora prima ad un bagno con sublimato corrosivo.

Mi assiste il Dott. Scio, sovrintendono alla cloroformizzazione i Dott. Isca ed Orbosuè, alle spugne ed agli strumenti il Dott. Guarnotta, presenziano i Dott. Solina e Ricevuto.

Incisione nella linea mediana, da tre centimetri sul pube sin presso l'ombelico, appena sufficiente per introdurre la mano. L'epiplon si presenta all'apertura e aderisce in basso verso la vescica urinaria; si ricaccia in alto assieme agl'intestini che tendono a fuoriuscire dalla ferita. La mano introdotta profondamente sente, dietro dell'utero molto piccolo, un tumore di consistenza elastica, che occupa tutto il cavo del Dowglas e si distende a sinistra al lato dell'utero; è completamente aderente. Girando con le dita attorno a questo tumore, lacero molte aderenze molli e che danno sangue, e infine, aiutato semplicemente dalle impressioni del tatto e, come è naturale, senza il soccorso della vista, arrivo a distaccare tutto il tumore, a snocciolarlo e a tirarlo in fuori verso il campo operativo. In questo momento sfugge del pus dalla parte acuminata del tumore, e per quanto mi affretti a chiudere l'apertura con una pin-

za, non riesco ad impedire che una parte cada nel bacino, in mezzo agli intestini. E' la tromba uterina sinistra notevolmente dilatata a guisa di un otre, con l'estremo addominale un po' acuminato e non interamente chiuso, in modo da lasciare un forellino capace di dar passaggio a una setola. Da questa apertura è sfuggito il pus, sotto la pressione.

Il tumore si continua col legamento largo e con l'ovaia. Dopo avere piazzato due doppie legature in basso, arrivo ad isolare il tumore con una specie di brevissimo picciuolo, che stringo con un Klämmer e, passato un laccio in vicinanza del corno uterino, recido il tumore, lavo ripetutamente la superficie recisa con soluzione fenicata e caustico col Paquelin sino a produrre un'escara piuttosto spessa.

Passo quindi al tumore di destra, che io avevo avvertito poco distintamente all'entrata della mano nell'addome: esso si presenta in direzione inversa del precedente, con l'apice rivolto in alto ed in avanti, ed ha l'aspetto e la consistenza di un'ansa intestinale molto curva, con la convessità verso la fossa iliaca. Questo tumore aderisce all'ovaio leggermente ingrossato, e per un gran tratto al legamento largo, e s'impianta su tutto il lato destro dell'utero. Pratico due legature in doppio sulla porzione rimasta libera del legamento largo, non senza gravi difficoltà, taglio questo in modo da liberare l'utero ed il tumore dagli attacchi col bacino, e avvicinarli al campo della ferita addominale; e poichè non vi ha dubbio che il tumore è costituito di una raccolta liquida, lo pungo con un mezzano tre quarti Potain, dal quale vien fuori un mezzo bicchiere di pus denso, in ultimo leggermente tinto di sangue. Ma durante queste manovre una piccola crepaccia si verifica nella parete posteriore della ciste, che è molto sottile, ed anche questa volta non si può impedire che una certa quantità di pus imbratti gl'intestini che tendono continuamente a sporgere dalla ferita e sono abilmente trattiene dal mio assistente. Svuotato il tumore, io posso con un esame più diligente, aiutato dalla vista, rendermi esatto conto dei rapporti che ha con l'utero e verificare sino a qual punto la vasta saccoccia marciosa è aderente a quest'organo. Ed ecco di che si

tratta : la tromba di Falloppio in corrispondenza del suo estremo uterino è enormemente dilatata in basso e aderente a tutto il margine destro dell'utero ; sicchè la sacca marciosa, per la lunghezza di quattro centimetri circa, abbraccia e comprende tutto il bordo di quest'organo, il quale bordo costituisce l'argine della raccolta e forma di conseguenza la parete del sacco. Di modo che non rimangono neppure pochi millimetri di tessuto libero, nel quale poter passare un ago portalaccio per picciuolare il tumore, senza che l'ago penetri nella cavità della cisti.

Che fare in tale stato di cose ? La prima idea che mi viene in mente è quella di cucire le pareti del sacco alla ferita addominale e di fissarvi un drenaggio, a somiglianza di quello che Tait ed altri hanno praticato in determinate circostanze. Ma devo tosto rinunciare a questo partito a causa della lacerazione già avvenuta nella parete posteriore del sacco. L'idea di ricorrere all'amputazione sopravaginale dell'utero non entra neppure in discussione ; perchè, a parte le altre considerazioni che la sconsigliano, la saccoccia purulenta si estende con le sue aderenze più in giù dell'orificio interno di quest'organo. Mi decido dunque per la legatura frazionata della vasta saccoccia. Applicato un robusto Kämmer rasente l'utero, recido il tumore, e passo tra lo strumento e il corno uterino un'ansa di filo di ferro, in modo da comprendere tutta la parte alta e più voluminosa di quella specie di picciuolo ; la stringo col costrittore di Cintrat, e nella incavatura lasciata dal filo di ferro passo un robusto laccio di seta. La porzione inferiore e più piccola del picciuolo viene legata con altro laccio. Lavo ripetutamente la superficie del taglio con acqua fenicata al 2% e caustico col Paquelin.

Ritorno quindi sul lato sinistro dell'utero, e dopo di essermi assicurato della solidità delle legature, recido i lunghi fili di seta che erano tenuti da un assistente. Lo stesso pratico per il lato destro.

Assicuratomi così dell'emostasia, passo alla pulitura del peritoneo.

Non vi ha dubbio che durante le manovre fatte per la enucleazione dei tumori una piccola quantità di pus è caduta nel bacino e che le anse intestinali ne sono rimaste imbrattate.

Faccio quindi cadere nel cavo addominale, da un irrigatore, un getto abbondante di acqua calda distillata e fenicata all'1%. Facendo convenientemente cambiare giacitura all'operata per agevolare lo scolo del liquido, facilito con la mano la penetrazione di esso fra le anse intestinali, in modo da assicurarmi della completa sciacquatura degl'intestini, procurando, per quanto è possibile, che alcuna parte di essi non resti completamente detersa. Quindi, facendo inclinare l'operata in direzione verticale, con lunghe pinzette munite di spugne asciugo completamente la cavità del bacino.

Compiuta in tal modo la *toiletta* del peritoneo, riunisco la ferita addominale con sette punti di sutura profonda e cinque superficiali, e applico la solita medicatura antisettica e la fascia a quattro capi in tre ordini, suggerita dal Prof. Trombetta, che mi ha sempre corrisposto bene.

L'operazione molto laboriosa, era durata un'ora e quaranta minuti. Io avevo dunque asportato le due trombe affette da piosalpingite. La sinistra più voluminosa, rivolta in basso ed indietro, occupava tutto il cul di sacco rettouterino e vi era fissata da forti aderenze; la destra, di poco più piccola, con l'apice rivolto in alto ed in avanti, non aveva aderenze col bacino, ma occupava gran parte del legamento largo, e aderiva a tutto il bordo dell'utero. In ambo i lati furono asportate anche le ovaie.

Io avrò occasione di presentare questi tumori alla Società di chirurgia.

Il decorso successivo è stato il seguente:

Appena sveglia l'ammalata è molto abbattuta e leggermente cianotica.

10. Ore	3 p.	T. 37,2	P. 120	R. 34	Ha conati di vomito ripetuti. Si pratica una iniezione di cocaina. Si toglie l'urina limpida.
»	6	» 36,8	» 124	» 36	
»	9	» 38,2	» 130	» 34	Vomito impetuoso; altra iniezione di cocaina; e più tardi iniezioni di morfina. Persiste il vomito.

Ore	12	T.	38	P.	120	R.	32	L'ammalata è agitatissima e inquieta a cagione del vomito che provoca, per la distensione, grande dolore alla ferita addominale. La urina, tolta col catetere, è sempre abbondante, limpida.	
11.	»	5 a.	»	39	»	124	»	28	Aspetto buono, urina abbondante.
»	»	9	»	36,8	»	130	»	26	Continua il vomito. E' impossibile impedire all'ammalata che si rivolti continuamente nel letto sotto i conati del vomito. Altra iniezione ipodermica di morfina.
»	»	1 p.	»	36,8	»	130	»	24	
»	»	6	»	36,6	»	120	»	24	
»	»	9	»	36,8	»	120	»	24	
12.	»	5 a.	»	36,8	»	120	»	24	Aspetto tranquillo, ad onta del vomito che continua. Si somministra dell'acqua bollita con Cognac, che l'ammalata prende con avidità e tollera bene.
»	»	12 p.	»	37	»	120	»	24	
»	»	12 p.	»	36	»	110	»	24	
13.	»	6 a.	»	37	»	102	»	22	Ha dormito alcune ore, vomito diminuito, aspetto buono, tollera pochi cucchiari di brodo e marsala.
»	»	8	»	37,3	»	100	»	22	
»	»	12	»	37	»	96	»	22	Accusa tormini dolorosi. Si pratica un enteroclisma, che emette tosto con qualche scibula e pochi gas. Quindi si sente meglio e dorme tranquillamente.
»	»	8 p.	»	37,8	»	100	»	22	
»	»	12	»	37	»	90	»	22	
14.	»	6	»	37,2	»	90	»	22	Ha dormito bene. Non accusa sofferenze di sorta; è cessato il vomito; prende brodo e marsala.
»	»	12	»	37	»	90	»	22	
»	»	12 p.	»	37,5	»	90	»	20	Urina spontaneamente.
15.	»	6 a.	»	36,8	»	96	»	20	Prima medicatura: ferita asciutta, addome avvallato indolente. La garza è appena rossa di sangue in corrispondenza della ferita.
»	»	12	»	38	»	90	»	20	Appare una piccola quantità di sangue nerognolo all'ostio vulvare.

- Ore 12 p. T. 37,8 P. 94 R. 21 Continua leggiero flusso sanguigno; l'ammalata ha la sensazione di benessere, decombe di fianco, e dorme tranquillamente.
16. » 6 a. » 37,7 » 92 » 20 Dolori al basso ventre. Si pratica un enteroclisma che emette con feci figurate. Quindi si sente bene; continua il sangue dalla vagina.
- » 12 » 38,2 » 90 » 20
- » 12 p. » 37,8 » 82 » 20
17. » 6 a. » 38,2 » 90 » 22 Si manifestano due noduletti dolenti all'avambraccio sinistro dove erano state praticate iniezioni con tintura di muschio molto concentrata. Stato generale eccellente; scolo sanguigno cessato.
- » 12 » 38,3 » 88 » 24
- » 12 p. » 38,6 » 90 » 26
18. » 6 a. » 38,2 » 80 » 24 Continua lo stato di benessere; molto appetito: si concede qualche fettona di pane nel brodo: Urina, tolta sempre col catetere, limpidissima abbondante.
- » 12 » 38 » 80 » 22
- » 12 » 38 » 84 » 22
19. » 8 a. » 36,8 » 76 » 24 Seconda medicatura. Ferita completamente cicatrizzata. Si tolgono i punti di sutura. Emette di nuovo l'urina spontaneamente. Stato di benessere.
- » 8 p. » 38 » 84 » 24
20. » 8 a. » 37,8 » 80 » 22 Il turgore dell'avambraccio regredisce. L'operata si sente bene. Lei si
- » 8 p. » 37,5 » 80 » 22
21. » 9 a. » 37,5 » 77 » 22 permette di star seduta nel letto.
22. » 9 a. » 37 » 76 » 22

Il giorno 28 aprile, 18^o dall'operazione, l'operata lascia il letto, completamente guarita.

L'utero è perfettamente libero, e gli si possono imprimere dei movimenti senza che la donna ne soffra.

Volendo dir tutto, devo aggiungere che, trascorsi altri sedici

giorni, quando l'operata era sul punto di lasciare l'ospedale, cominciò ad accusare una sensazione dolorosa a 3 centim. dall'angolo inferiore della cicatrice, la quale in quel punto divenne dura ed arrossita. Seguì leggiera elevazione termica ed uno stato di malessere generale. Dopo qualche giorno si formò in quel sito un noduletto fluttuante, che inciso diede esito a poche gocce di pus. Fu facile allora scoprire nel fondo della piaghetina un nodo di seta appartenente ad uno dei punti di sutura profonda, rimasto per inavvertenza rannicchiato sotto l'epidermide, e quivi dimenticato. La cicatrice non si fece aspettare lungo tempo, e l'operata lasciò l'ospedale nello stato di florida salute.

L'utero era sempre libero, indolente ne' suoi movimenti, un poco abbassato.

Esame dei pezzi asportati. La figura qui annessa riproduce i pezzi di grandezza naturale, ed è tolta da una fotografia che io feci ricavare due giorni dopo l'operazione.

La tromba sinistra (fig. 1^a) costituisce una ciste grossa come un pugno di adulto, con pareti esterne tomentose e piene di briglie lacerate per le molteplici aderenze che aveva col peritoneo del bacino e col legamento largo. L'estremo frangiato è tuttora permeabile, e presenta un forellino capace di lasciar passare una setola. L'ovario corrispondente è un pò ingrossato, di consistenza fibrosa, non molto vicino all'estremo periferico della ciste.

La tromba di destra (fig. 2^a) costituisce anch'essa una ciste a pareti lisce e sottili, simile per forma ad un'ansa intestinale dilatata; l'estremo addominale è perfettamente chiuso ed acuminato. La figura non riproduce esattamente la forma che aveva il tumore prima di essere asportato, a causa della imbottitura difettosa verso l'estremo periferico, che resta afflosciato, e quindi non è riprodotta la forma ad ansa molto curva. Si vede la piccola lacerazione avvenuta durante le manovre di trazione, e la estensione degli attacchi della ciste col bordo dell'utero, e la grande partecipazione che ha il legamento nella ampiezza del tumore, e quindi la larghezza del peduncolo che è di circa cinque centimetri. Anche da questo lato l'ovaio si presenta di poco aumentato di volume, e risparmiato

dal processo. La dilatazione in ambo i lati è fatta a spese di tutta la lunghezza della tromba ma con notevole ingrandimento ed ispessimento del legamento largo.

Riflessioni. Molte considerazioni potrebbero farsi a commentario di questa osservazione. Si potrebbe lungamente discutere sulla etiologia, sui sintomi e sui segni fisici che sono indicati per conoscere questa malattia. Essi sono stati molto dettagliatamente descritti dal Lawson Tait, che ci ha fornito uno studio completo sulle salpingiti. Io insisterò brevemente sopra alcuni punti che mi sembrano di qualche importanza.

Giova anzitutto ricordare che oggidì nuovi concetti vanno guadagnando terreno intorno a questa malattia, che era poco conosciuta dagli antichi; e la esatta natura di essa, il suo modo di cominciamento, quale è il tessuto che ammala dapprima, costituiscono altrettante quistioni grandemente discusse.

Oggi si ritiene che la piosalpingite equivalga alla perimetrite e parametrite degli antichi, i quali a quanto pare, non avevano un concetto esatto della natura di queste affezioni. Vediamo ora sino a qual punto il reperto anatomico patologico in esame giustifichi questo concetto. Non vi ha dubbio che questo reperto si riferisce ad un caso di lungo decorso, e che lo studio di esso riesca meno istruttivo di un caso recente di piosalpingite, perchè nel caso nostro molta parte delle alterazioni che si riferiscono alle parti adiacenti sono scomparse, cioè sono scomparse le alterazioni propriamente intese sotto il nome di parametrite; ma i segni della perimetrite sembrano tuttavia ben chiari. Nel lato sinistro il tumore si trova come incapsulato in essudati spessi e villosi che lo tengono fisso al cavo del Douglas e allo stesso lato dell'utero; ma questo essudato è, secondo me, il prodotto di una lenta peritonite, provocata dal versamento a periodi di piccole quantità del contenuto della tromba il cui estremo fimbriato, come abbiamo veduto, era pervio; in altre parole, la peritonite adesiva ed essudativa di questo lato è da attribuirsi al contatto diretto della membrana col liquido di secrezione messo fuori dall'infundibolo. Queste aderenze protettive impedivano il versamento di pus nella cavità peritoneale. Vi sono

giorni, quando l'operata era sul punto di lasciare l'ospedale, cominciò ad accusare una sensazione dolorosa a 3 centim. dall'angolo inferiore della cicatrice, la quale in quel punto divenne dura ed arrossita. Seguì leggiera elevazione termica ed uno stato di malessere generale. Dopo qualche giorno si formò in quel sito un noduletto fluttuante, che inciso diede esito a poche gocce di pus. Fu facile allora scoprire nel fondo della piaghetina un nodo di seta appartenente ad uno dei punti di sutura profonda, rimasto per inavvertenza rannicchiato sotto l'epidermide, e quivi dimenticato. La cicatrice non si fece aspettare lungo tempo, e l'operata lasciò l'ospedale nello stato di florida salute.

L'utero era sempre libero, indolente ne' suoi movimenti, un poco abbassato.

Esame dei pezzi asportati. La figura qui annessa riproduce i pezzi di grandezza naturale, ed è tolta da una fotografia che io feci ricavare due giorni dopo l'operazione.

La tromba sinistra (fig. 1^a) costituisce una ciste grossa come un pugno di adulto, con pareti esterne tomentose e piene di briglie lacerate per le molteplici aderenze che aveva col peritoneo del bacino e col legamento largo. L'estremo frangiato è tuttora permeabile, e presenta un forellino capace di lasciar passare una setola. L'ovario corrispondente è un pò ingrossato, di consistenza fibrosa, non molto vicino all'estremo periferico della ciste.

La tromba di destra (fig. 2^a) costituisce anch'essa una ciste a pareti lisce e sottili, simile per forma ad un'ansa intestinale dilatata; l'estremo addominale è perfettamente chiuso ed acuminato. La figura non riproduce esattamente la forma che aveva il tumore prima di essere asportato, a causa della imbottitura difettosa verso l'estremo periferico, che resta afflosciato, e quindi non è riprodotta la forma ad ansa molto curva. Si vede la piccola lacerazione avvenuta durante le manovre di trazione, e la estensione degli attacchi della ciste col bordo dell'utero, e la grande partecipazione che ha il legamento nella ampiezza del tumore, e quindi la larghezza del peduncolo che è di circa cinque centimetri. Anche da questo lato l'ovaio si presenta di poco aumentato di volume, e risparmiato

dal processo. La dilatazione in ambo i lati è fatta a spese di tutta la lunghezza della tromba ma con notevole ingrandimento ed ispessimento del legamento largo.

Riflessioni. Molte considerazioni potrebbero farsi a commentario di questa osservazione. Si potrebbe lungamente discutere sulla etiologia, sui sintomi e sui segni fisici che sono indicati per conoscere questa malattia. Essi sono stati molto dettagliatamente descritti dal Lawson Tait, che ci ha fornito uno studio completo sulle salpingiti. Io insisterò brevemente sopra alcuni punti che mi sembrano di qualche importanza.

Giova anzitutto ricordare che oggidì nuovi concetti vanno guadagnando terreno intorno a questa malattia, che era poco conosciuta dagli antichi; e la esatta natura di essa, il suo modo di cominciamento, quale è il tessuto che ammala dapprima, costituiscono altrettante quistioni grandemente discusse.

Oggi si ritiene che la piosalpingite equivalga alla perimetrite e parametrite degli antichi, i quali a quanto pare, non avevano un concetto esatto della natura di queste affezioni. Vediamo ora sino a qual punto il reperto anatomico patologico in esame giustifichi questo concetto. Non vi ha dubbio che questo reperto si riferisce ad un caso di lungo decorso, e che lo studio di esso riesca meno istruttivo di un caso recente di piosalpingite, perchè nel caso nostro molta parte delle alterazioni che si riferiscono alle parti adiacenti sono scomparse, cioè sono scomparse le alterazioni propriamente intese sotto il nome di parametrite; ma i segni della perimetrite sembrano tuttavia ben chiari. Nel lato sinistro il tumore si trova come incapsulato in essudati spessi e villosi che lo tengono fisso al cavo del Douglas e allo stesso lato dell'utero; ma questo essudato è, secondo me, il prodotto di una lenta peritonite, provocata dal versamento a periodi di piccole quantità del contenuto della tromba il cui estremo fimbriato, come abbiamo veduto, era pervio; in altre parole, la peritonite adesiva ed essudativa di questo lato è da attribuirsi al contatto diretto della membrana col liquido di secrezione messo fuori dall'infundibolo. Queste aderenze protettive impedivano il versamento di pus nella cavità peritoneale. Vi sono

i segni di periovarite e di ispessimento notevole del legamento largo, ma questo non contribuisce per nulla co' suoi foglietti alla formazione del tumore, che è tutto a spese della tromba, la quale potè essere isolata e pedunculata in corrispondenza del corno uterino, dove presentava un lume molto più ristretto che in tutto il resto del decorso.

Lo stesso non può dirsi a destra, dove il tumore si dilata notevolmente verso la base, in mezzo ai foglietti del legamento largo enormemente ispessito e globoso; di guisa che non è facile definire se il lume del tumore in questo punto sia tutto a spese del tessuto della tromba, o se, come è probabile, il legamento largo contribuisca co' suoi foglietti a formare la cavità ascessuale. Anche in questo lato l'ovaio è risparmiato dal processo di suppurazione.

Per ciò che riguarda la sede primitiva dell'affezione, se cioè la infiammazione suppurativa delle trombe sia stata, nel nostro caso, primitiva o secondaria ad affezione di altre parti del canale genitale, io sarei inclinato ad ammettere la prima ipotesi, malgrado che Terrillon abbia recentemente espressa la opinione che la infiammazione delle trombe succede sempre ad una lesione dell'utero per via di propagazione (*Annales de Gynecologie*, Juin 1889).

Meno esclusiva e più conforme al vero mi sembra la opinione di Martin, il quale asserisce che le affezioni della tromba sola sono rarissime. Il male, secondo questo autore in 287 casi non fu mai riscontrato primitivo. In molti casi la constatazione delle alterazioni morbose in altri segmenti del canale genitale non è più possibile. Fra le molte opinioni contrarie all'asserto del Terrillon noto quella di Baldy, il quale, a proposito di un caso riferito da L. I. Hammond alla società ostetrica di Filadelfia, afferma che qui trattavasi di piosalpinge primitiva (*Annales de Gynecologie*, Mars 1889).

Certamente su di una tale quistione non è lecito pronunziarsi in maniera assoluta. Non vi ha dubbio, nel caso nostro, che i traumi conjugali furono sin dal principio mal tollerati, perchè a cominciare dal primo periodo della vita matrimoniale si resero manifesti i sintomi di una infiammazione della pelvi. L'inizio poi delle mag-

giori sofferenze ebbe luogo col ritorno delle regole che erano ritardate di dieci giorni. Non è facile determinare se si sia trattato in principio di un caso di idrosalpinge, e per quale causa questa si sia trasformata in piosalpinge. Secondo il Bandl e lo stesso Tait questo passaggio è possibile; e l'intero decorso della malattia dà a questa ipotesi un certo grado di probabilità. Stando ai rapporti dell'ammalata, che ho ragione di credere esatti, l'affezione delle trombe non fu in verun modo prodotta dalla diffusione di una flogosi progrediente dalla cavità uterina; poichè, se dobbiamo credere a quelle asserzioni, questa donna non fu mai contagiata, nè ebbe alcuno scolo purulento prima o contemporaneamente all'esordire dell'affezione. Solo da *un anno* a questa parte, cioè molto tempo dopo che avesse constatato l'esistenza del tumore al di sopra dell'inguine destro, e che anche il tumore di sinistra le cagionava notevoli sofferenze, cominciò ad avvertire ad intervalli un leggiero flusso purulento dalla vagina. Questo flusso era apprezzabile sino a pochi giorni prima che l'inferma si sottoponesse all'atto operatorio; ed io sono di avviso che debba attribuirsi ad incompleta chiusura dell'estremo uterino della tromba sinistra, il cui orificio periferico, come ho di già notato, neppure era completamente chiuso; di guisa che esisteva tra la cavità e l'utero una specie di canale emissario, che, a dati intervalli e sotto speciali condizioni, impediva la replezione eccessiva della ciste. Il che, mentre arrecava un certo sollievo alla inferma, ostacolava l'uscita del materiale puriforme dall'orificio frangiato, e quindi il copioso versamento del liquido nella cavità peritoneale. Ciò è anche dimostrato con una certa evidenza dal fatto che le sofferenze più atroci, e per le quali l'inferma reclamava ad ogni costo un sollievo, erano riferibili alla tromba destra, sulla chiusura completa del cui orificio uterino non può, secondo me, cader dubbio.

Io non ho ragioni d'insistere sui segni che sono comunemente indicati come caratteristici delle salpingiti dalla maggior parte degli autori che hanno meglio descritta questa malattia: i fenomeni di una infiammazione della pelvi che precedono la comparsa dei tumori ed iniziano le ulteriori sofferenze; l'arresto, sebbene breve,

subito dalla mestruazione, i dolori quasi continui che si aumentano col camminare e quando la inferma si sottopone a sforzi e a fatiche corporali, e soprattutto durante i rapporti sessuali. Tutto ciò è rilevato e descritto con molta precisione dalla nostra ammalata. Ma devo soprattutto rimarcare due fatti che non si accordano coi segni ritenuti dallo stesso Tait come costanti, o che per lo meno mancano molto raramente; e sono, la irregolarità della mestruazione, che prende di sovente il carattere della metrorragia, e l'aumento delle sofferenze durante il periodo mestruale. Il caso che ho riferito costituisce una delle eccezioni a questo riguardo; poichè, meno dell'ultimo periodo della malattia, le mestruazioni, pel corso di circa tre anni, furono regolari pel periodo di ritorno quantità e durata; e durante il tributo mensile le sofferenze non si aumentavano punto, anzi, soggiungeva la inferma alle mie insistenti domande, che il più delle volte durante quella ricorrenza si sentiva sollevata.

I segni fisici constatati con la esplorazione erano in qualche modo caratteristici: un tumore liscio ed elastico si percepiva nel cul di sacco posteriore e laterale sinistro della vagina, se ne poteva distinguere la forma ed i rapporti coll'utero; e si poteva, con una certa esattezza, attribuirlo alla tromba di Falloppio. Ma ciò che non era possibile di precisare con pari esattezza prima dell'operazione era il volume e la forma del tumore di destra, e molto meno l'intimità e l'estensione de' suoi rapporti coll'utero, condizione questa, secondo Martin, necessaria per posare il diagnostico di tumore della tromba. Da questo lato l'ovidutto foggiato ad ansa intestinale curva, a pareti molto tese, presentava il suo estremo acuminato sotto la parete anteriore dell'addome, e la sospingeva in modo da rendersi protuberante a vista d'occhio; l'estremo periferico della tromba sinistra, che occupava tutto il cul di sacco retto uterino e si estendeva anche a destra, contribuiva a tenerlo quasi forzatamente in quella posizione; di guisa che, la ciste di destra, ad onta delle sue estesissime aderenze col bordo uterino, si dipartiva da questo formando un angolo molto acuto. Il fornice vaginale dunque da questo lato si presentava piccolo, per lo spostamento dell'utero, ma vuoto. Nè questa sensazione poteva modificarsi di molto

spingendo forzatamente il dito in alto, perchè allora si dislocava in modo molto limitato l'utero insieme ai due tumori, conservando con questi i medesimi rapporti.

Tutto ciò conferma che, ad onta degli studi esatti che si sono pubblicati, in questi ultimi anni, sulle salpingiti e loro varietà, l'anatomia patologica, riguardo alle affezioni delle trombe, è molto più progredita della conoscenza clinica; e non siamo sempre in grado di riconoscere con una certa giustezza le alterazioni delle trombe relativamente alla forma, all'estensione dei loro rapporti coll'utero, e al loro contenuto. I metodi di Simon e di Noeggebath per la diagnosi delle affezioni del piccolo bacino, se hanno reso dei servigi nelle mani dei loro inventori o di qualche altro chirurgo, non possono invero essere accettati con entusiasmo, quando si pensi ai pericoli cui si espongono nei casi in cui uno stramento ed una pressione soverchiamente spinta possono produrre il distacco di aderenze, la rottura ed il versamento di una sacca tubarica piena di pus nella cavità peritoneale. Non può mettersi in dubbio che, nel caso in esame, del materiale puriforme usciva, sotto determinate condizioni, dall'orificio addominale della tromba sinistra non interamente saldato. Ciò è dimostrato non solo dall'esame del pezzo asportato, ma anche dalle molteplici e lasche aderenze che avviluppavano il tumore e dai fenomeni di peritonite circoscritta che si svegliarono subito dopo che io sottoposi l'inferma ad una osservazione minuta, sotto la cloronarcosi; ora è facile immaginare che cosa sarebbe avvenuto se io mi fossi permesso di penetrare con tutta la mano nel retto che era fortemente compresso dal tumore. Comunque del resto si voglia pensare della opportunità ed utilità di questi metodi di esame, una diagnosi di probabilità nel caso nostro era possibile, senza ricorrere ad essi, e l'indicazione di uno intervento chirurgico, per le considerazioni su esposte e per unanime parere de' miei egregi colleghi, era indiscutibile; cosicchè io non ho bisogno di dilungarmi sulle ragioni che m'incoraggiarono a ricorrere al bisturi, e molto meno sulla opportunità dell'intervento. I chirurghi sono talvolta tacciati di eseguire la laparatomia nei casi di salpingo-ovarite, senza indicazioni for-

mali. Senza negare che qualcuno possa essere caduto in questo errore, mi basta ricordare i fatti clinici che ho riferiti per dimostrare il valore e la legittimità del mio intervento. Quando si è già formata una doppia raccolta purulenta, del volume di quella che ho descritto non credo che si possa più discutere sulla opportunità della operazione. La nostra inferma era, senza dubbio, giunta ad un termine nel quale il chirurgo più confidente nelle risorse della natura non avrebbe potuto più indugiare ad operare, a causa dell'esaurimento, e della imminente rottura delle cavità purulente.

Il seguito dell'operazione fu il più semplice e fortunato che si possa sperare. Non vi fu alcuna elevazione rimarchevole di temperatura, e l'operata, tenuta per forza a letto sino al 18° giorno, fu subito in grado di camminare. Sino al giorno in cui scrivo, mi manda dal suo paese una lettera per dirmi che si sente completamente guarita, non avvertendo alcuna sofferenza, che ha ripigliato la sua vita abituale di molti anni fa, ed è felice di aver subito l'intervento chirurgico.

Ho detto di avere praticato il lavaggio addominale con una soluzione fenicata all'1 per cento. La pratica del lavaggio a grande acqua bollita e filtrata è stata seguita e raccomandata dai più grandi laparotomisti; oggi si comincia ad obbiettare seriamente contro di essa per il pericolo di diffondere a tutta la sierosa peritoneale una infezione che potrebbe con più facilità essere combattuta con la pulitura accurata od il lavaggio della sola parte venuta a contatto del materiale infettante. Non contesto il grande valore di una tale obbiezione; ma devo osservare che si danno dei casi nei quali non è possibile circoscrivere e limitare i punti infetti: il materiale versato da una tromba crepata imbratta gli organi del bacino e buona parte delle anse intestinali prima assai che questi organi siano alla portata della vista di chi opera, perchè la rottura d'ordinario avviene durante le manovre fatte per il distacco delle aderenze. Allora senza dubbio, come nel caso di cui ci occupiamo, il materiale infettante si sarà inevitabilmente diffuso ad una grande estensione di sierosa, e la pulitura limitata riesce impossibile. In tali casi mi sembra che non si possa rinunciare al lavaggio a grande acqua. La

soluzione fenicata della quale ebbi a servirmi, senza effetti nocivi, potè rendermi utili servigi ? Io non sosterrò certamente che l'antisetico adoperato in quelle proporzioni possa avere la virtù di uccidere i germi infettanti, posso però dubitare che valga a sospendere l'attività, o per lo meno a garentire della asepsi dell'acqua.

E qui si entrerebbe nella quistione della setticità o meno del materiale puriforme contenuto nelle trombe. Noi non possediamo un sufficiente corredo di cognizioni per affermare che si sia detta su di ciò l'ultima parola. Dopo i tentativi di coltura fatti dal Martin e dall'Ortmon, quest'ultimo il Werth ed altri sono riusciti ulteriormente a trovare i gonococchi, non solo nel pus, ma anche nel tessuto della tromba. E il Dottor F. Bumm, in una conferenza tenuta nella sezione ginecologica del congresso dei naturalisti in Heidelberg, parlando della peritonite settica, ha sostenuto che il pus blenorragico che si versa nel peritoneo da trombe scoppiate, di regola, non agisce che come corpo estraneo asettico e viene incapsulato ; ma se il pus delle trombe, anche quando sia primitivamente blenorragico contenga per infezione mista germi piogeni, l'invasione del pus nel peritoneo può essere seguita da peritonite settica (Munch. Med. Wochenschr n. 42, 1889). — E' una opinione che vuole essere riconfermata ; e però non vi ha dubbio che accanto alle salpingite semplicemente blenorragiche possono esistere quelle ad infezione mista e quelle contenenti esclusivamente germi piogeni ; e le statistiche non suffragano sinora il concetto della innocuità del materiale delle salpingiti purulente. In una seduta dell'Accademia di Medicina (28 maggio 1889) Ferrillon, riferendo sopra una serie di 50 laparotomie da lui fatte allo scopo di curare le salpingiti di varia natura, affermò di avere avuto due soli insuccessi, e tutti e due per salpingiti purulente rotte nel momento dell'operazione.

Io non ho trovato i gonococchi nel materiale dei tumori da me asportati.

IDROSALPINGITE DOPPIA SALPINGECTOMIA - GUARIGIONE

Salvia Rosaria, di anni 36, da Castellammare — Sin da bambina è andata soggetta ad affezioni catarrali dell'apparato digerente e ad elmintonosi intestinale.

Mestruò a 16 anni, ed ebbe regolare il tributo mensile sino al 20° anno, quando, in seguito a pochi rapporti sessuali, rimase incinta, e la gravidanza fu normale, con parto spontaneo a termine. Non sembra che il puerperio sia stato morboso; ma dopo il parto le funzioni mestruali non furono più regolari, specialmente riguardo al periodo, che divenne più breve ed intermittente, e sempre accompagnate da gravi molimina. La salute della donna deteriorò sin d'allora notevolmente: si determinò una purga purulenta dai genitali; e sebbene non avesse più dopo il parto, e per molti altri anni, alcun rapporto sessuale, cominciarono i primi sintomi di una ricorrente infiammazione degli organi della pelvi, fenomeni che divennero molto più intensi tre anni dopo, dice l'ammalata, in seguito a caduta, nella quale riportò contusioni al polso sinistro. Le fu allora consigliata una cura di ioduro di potassio, che non produsse alcun giovamento. Le sofferenze dipendenti da infiammazione degli organi del bacino crebbero notevolmente e produssero tale deperimento dello stato generale che si temette non dovesse subire l'ammalata la stessa sorte della madre, morta di tisi — Continuò con varie alternative di miglioramento e ricaduta, e sempre con irregolarità mestruali e con frequenti perdite sanguigne, sino al 30° anno di età, nel quale prese marito. Perduravano allora le purghe purulente dai genitali; e la donna non sa fornire alcuna notizia sulla possibilità di un contagio nei primi contatti. Erano costanti le voglie frequenti di mangiare, le sensazioni di puntura al pube, le defecazioni stentate e dolorose, l'intormentimento ai lombi e alle

regioni inguinali; fenomeni tutti che peggiorarono notevolmente dopo il matrimonio. Sicchè essa era obbligata a rimanere di sovente a letto per una continua sensazione molesta di stiratura al basso ventre, che la fa camminare curvata in avanti e la rende inadatta a qualsiasi strapazzo — La posizione orizzontale, l'uso di compresse fredde all'ipogastrio, l'astenersi da qualunque rapporto sessuale, sono precauzioni che attenuano le sofferenze; ma spesso, senza cause apprezzabili, sopravvengono accessi febbrili, vomiti e profuse metrorragie.

L'ammalata assicura di aver provato, da molto tempo, la sensazione di due tumori esistenti nell'interno del bacino; e desidera che si ponga fine alle sue sofferenze con una operazione chirurgica.

E' donna di costituzione gracile, anemica, con pannicolo adiposo scarsissimo. Nulla si percepisce con l'ispezione dell'addome avvallato e floscio. Con la palpazione si riscontra un tumore di forma quasi sferica, del volume di un'arancia, liscio ed elastico, che occupa la fossa iliaca destra; si sposta facilmente in alto e verso l'asse mediano, allontanandosi di circa 3 centimetri dal livello della piega inguinale. A sinistra, con un esame accurato si riesce a palpare un altro tumoretto, al lato dell'utero, molto più piccolo del precedente, di forma allungata, poco spostabile e dolorabile al tocco. Per vagina si tocca l'utero piccolo, di poco abbassato e lateroverso a sinistra, nella volta destra il tumore spostabile, liscio ed elastico. Anche a sinistra, con l'osservazione vagino addominale, si percepisce il tumoretto bislungo, che si ripiega facilmente sulla faccia anteriore dell'utero.

Criteri non dissimili vengono forniti dall'osservazione retto addominale. Niente di notevole in altri organi, se si toglie un certo grado di meteorismo, dovuto a fermentazioni intestinali. L'ammalata va soggetta a continue perdite sanguigne, a rialzi di temperatura, e spesso a vomito ostinato.

La diagnosi di tumori tubarici a contenuto liquido si imponeva in maniera evidente. Solo era da discutere se si trattasse di pio o d'idrosalpinge. Ma il lunghissimo decorso, il fatto delle perdite purulente che insorsero quasi contemporaneamente ai primi sintomi

d'inflammation della pelvi, i continui rialzi di temperatura a cui l'ammalata andava spesso soggetta : davano la prevalenza alla ipotesi di un contenuto purulento. E però si trattava indubbiamente di tumori ben determinati, che erano rimasti stazionari per molti anni, e che erano causa di sofferenze gravissime all'ammalata, la quale chiedeva ad ogni costo di essere sottoposta ad una operazione radicale.

Salpingectomia il 19 maggio 1890. — Mi assiste il Dott. Scio ; Dottor Guarnotta alle spugne e agli strumenti ; Dott. Piazza al cloroformio. Sono presenti i Dott. Orbosuè e Genna.

Incisione sulla linea alba, da 2 centimetri dal margine pubico sin presso l'ombelico. L'epiploon aderisce in basso, bisogna inciderlo e spostarlo. L'ammalata tollera male il cloroformio e cade in grave sincope ; bisogna ricorrere alla respirazione artificiale e praticare varie iniezioni di etere e di muschio. Conati di vomito, e fuoruscita delle anse intestinali. I muscoli retti sono fortemente contratti e rendono impossibile l'introduzione della mano. Bisogna prolungare l'incisione sino a 2 centim. al di là della cicatrice ombelicale, e raccogliere fuori dell'addome una buona parte delle anse intestinali, che vengono avviluppate in un faccioletto bagnato in acqua fenicata calda. Solo in questo modo la mano può manovrare con qualche libertà nel bacino.

Il tumore di destra aderisce e si continua per briglie tenaci col legamento largo ispessito ed è attaccato all'utero per mezzo di breve e largo picciuolo, è di forma ovalare, e non senza difficoltà riesco a farlo protrudere attraverso la breccia addominale la parte più acuminata di esso ; lo pungo con un piccolo trequarti, e tolgo circa 200 grammi di liquido sieroso, giallastro, trasparente. In tal modo, con qualche legatura, riesco a liberare il tumore dagli attacchi col legamento largo, a picciuolarlo in unico laccio ; taglio e caustico col Paquelin la superficie di sezione.

Il tumore di sinistra è come un grosso dito di guanto, con pareti spesse e villose, anch'esso aderente al legamento largo ispessito. Lo porto via con le medesime precauzioni.

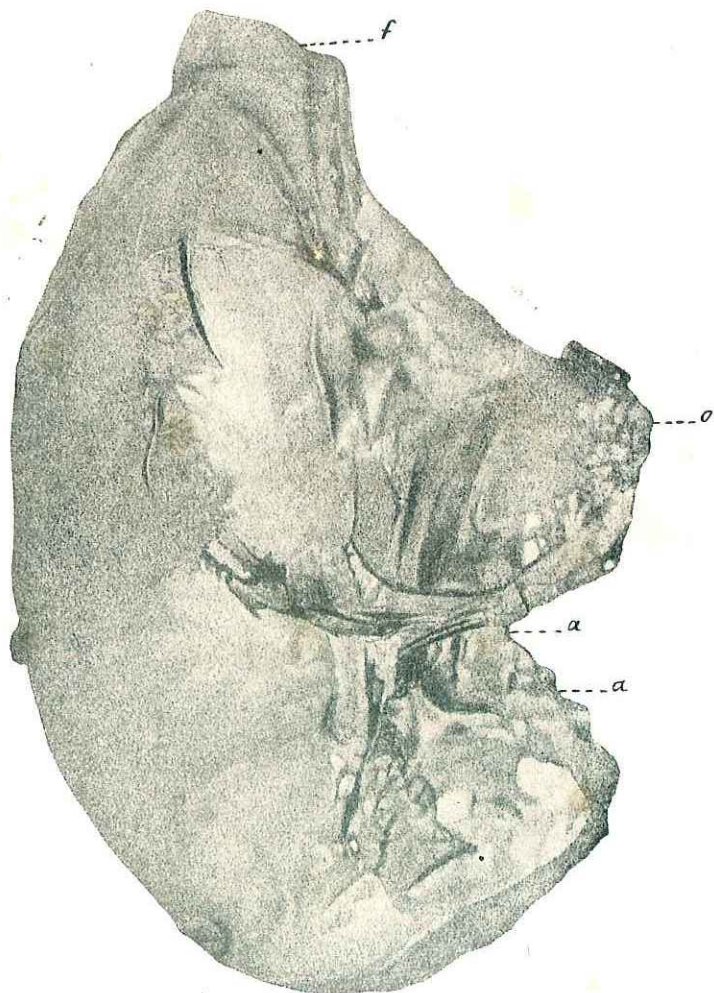
Nel bacino tutti i segni di una perimetrite cronica di data antica. Durante l'atto operativo nessuna grave emorragia.

Ripulisco il bacino con spugne, e lavo con soluzione fenicata al 2% semplicemente le anse intestinali fuoriuscite. Il rientramento di questi visceri riesce alquanto penoso per la contrazione validissima dei muscoli retti, e per i continui conati di vomito. La cloroformizzazione per tutta la durata dell'atto operativo dovette mantenersi incompleta. Durata dell'operazione, compreso il tempo della sospensione del cloroformio, un'ora e 25 minuti.

Il decorso post operativo fu il seguente: la temperatura superò appena i 38 nella sera del 1. e 3. giorno; il polso oscillò tra 120 e 140 battute, ma sempre piccolissimo, fugace, e accompagnato da ansia precordiale e da notevole ambascia. L'operata fu molto smaniosa e tormentata da vomito nei primi tre giorni; la sera del terzo giorno ha una deiezione spontanea di feci poltacee, fetidissime, malgrado fosse stata ripetutamente purgata prima dell'operazione, dopo di che si sente meglio.

E' facile pensare che lo stato di ambascia e la disturbata azione cardiaca fossero dipesi da eccitamento riflesso del vago per fermentazione putrida negli intestini. Si praticano ripetuti enteroclistmi con soluzione d'iposolfito di soda e si somministrano alte dosi di salicilato di bismuto per bocca. Il giorno dopo l'ammalata si sente bene, ed è tenuta per forza a letto sino al 16° giorno. Dopo pochi giorni viene dimessa.

L'utero continua ad essere un po' abbassato, ma mobilissimo e affatto indolente — 22 giorni dopo la subita operazione si presenta la mestruazione e dura due giorni, senza essere accompagnata dai soliti disturbi. Sino al momento in cui scrivo non mi risulta da alcuna notizia che si sia ripetuto il processo mestruale. Ma degli esiti lontani di questa operazione spero potermi occupare in uno studio ulteriore sulle salpingiti.



o. Ovaio

a. Sezione del peduncolo, o estensione degli attacchi della ciste col bordo dell'utero

f. Orificio frangiato della tromba sinistra non intieramente chiuso

c. Lacerazione

