

Prof. A. TURRETTA

---

SUL TRATTAMENTO

DEGLI

**EMATOMI PELVICI INTRAPERITONEALI**

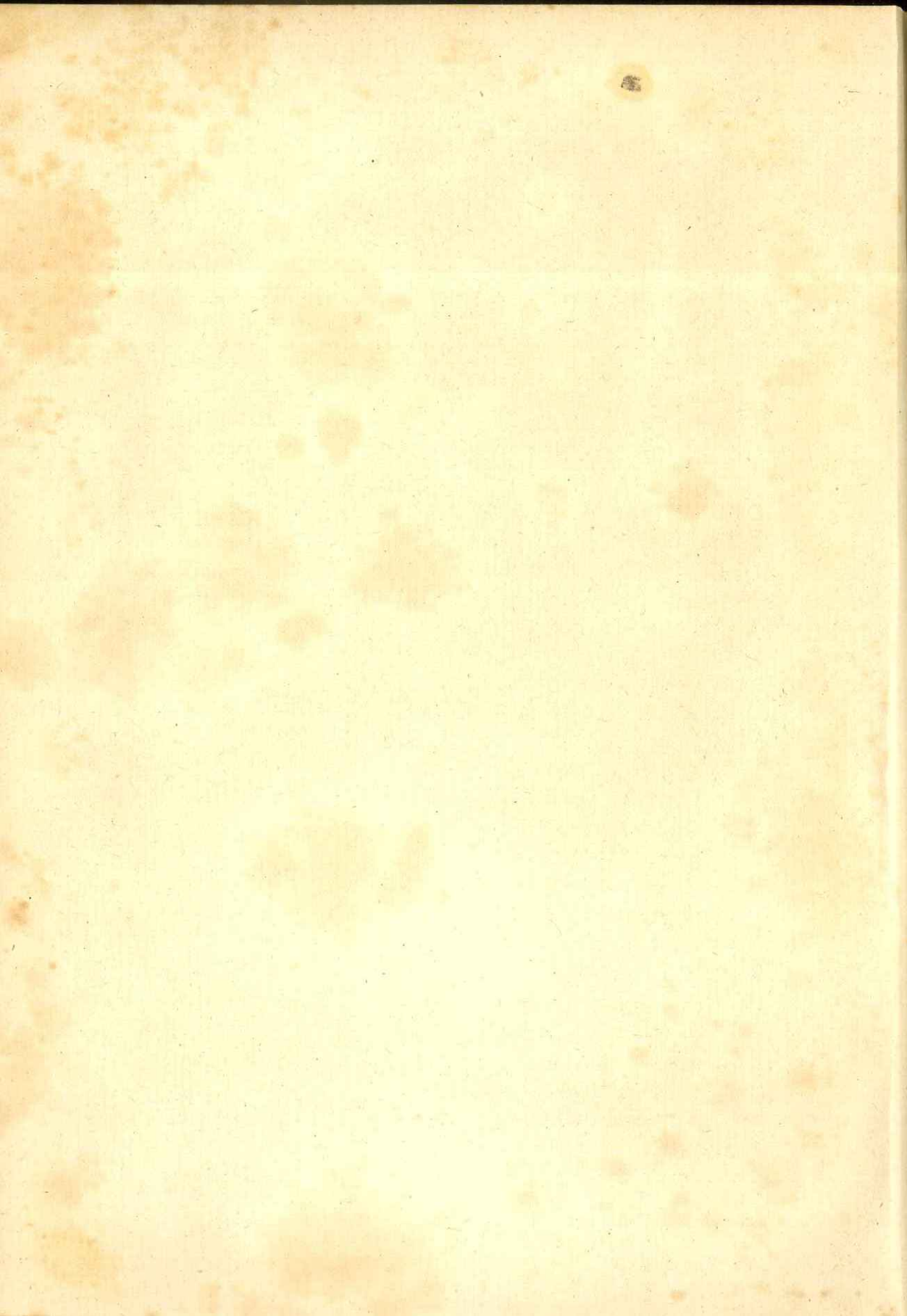
COLLA LAPAROTOMIA

---

Comunicazione fatta alla VIII<sup>a</sup> adunanza  
della Società Italiana di Chirurgia in Roma 1891

---

ROMA  
TIPOGRAFIA INNOCENZO ARTERO  
Piazza Montecitorio, 124  
—  
1892







Fra le laparotomie da me eseguite durante l'anno, per la estirpazione di tumori addominali, mi sembrano specialmente degne di considerazione quelle praticate per la cura di ematomi pelvici intraperitoneali. L'argomento non è privo d'interesse, sia perchè esiste ancora qualche divergenza di opinioni intorno alla genesi di questa infermità, la quale costituisce senza dubbio uno degli accidenti più terribili e non infrequenti che possono interessare il ginecologo e il chirurgo; vuoi perchè molto si discute ancora riguardo ai mezzi di cura da impiegare e alla opportunità dell'intervento radicale.

I due casi, di cui intento occuparmi, portano un contingente di esperienza, che delucida alquanto la patogenesi della malattia, e costituiscono una prova di più in favore del trattamento di essa con la laparotomia.

La prima di queste osservazioni riguarda una donna di 40 anni, Zangre Francesca da Castellammare del Golfo. Dimorante, sin dalla nascita, in luoghi soggetti al miasma palustre, vi contrasse a 7 anni le febbri, che l'hanno sempre travagliata. Mestrùò per la prima volta a 16 anni; a 21 anni maritata; a 22 anni prima gravidanza normale; parto naturale, puerperio morbosissimo. Un anno dopo, altra gravidanza, durante la quale ebbe continuamente le febbri. Il parto anticipò di 15 giorni, e il neonato morì poco dopo. Se-



guì pelvi-peritonite gravissima, che la tenne in pericolo per oltre un mese. Dopo otto anni di tregua, cioè all'età di 33 anni, ebbe una terza gravidanza, seguita da parto naturale.

Nulla di notevole, sino al Giugno dell'anno in corso, se si toglie la febbre malarica, che ripetutamente la assaliva. In quest'epoca la mestruazione, che era stata sinora regolare per periodo e durata, prese i caratteri di grave metrorragia, che durò circa tre mesi, sino al momento dell'atto operativo. Insorsero contemporaneamente sintomi di peritonite localizzata: dolori acerbissimi al basso ventre, febbre alta, lipotimie. Quando fu portata all'ospedale, 23 Agosto, lo stato dell'inferma era molto miserevole e d'incipiente collasso, per la intensa anemia, la febbre alta e la difficile alimentazione, a causa della incontinenza del ventricolo; le urine contenevano albumina.

L'addome è irregolarmente disteso da un tumore, che parte dal piccolo bacino e si solleva a sinistra sino al livello della cicatrice ombelicale; la sua larghezza, misurata dalla piega inguinale, è di 9 centimetri, la forma irregolare, con superficie ineguale, dove più, dove meno elastica. Utero abbassato, ricacciato dietro il pube, interamente fisso; collo rammollito, schiacciato, permeabile alla sonda, che vi penetra per 9 centimetri. Fornici, sinistro e posteriore, pieni molto, depressi da una massa poco elastica, che dà al dito una sensazione speciale. Nel mezzo del fornice posteriore si tocca un cordone duro, che dall'utero va verso il retto. Anche il fornice destro è pieno. Con la osservazione combinata si tocca l'utero ingrandito che sporge oltre il pube. Impossibile imprimere il più limitato movimento a questa massa, che con l'utero riempie il bacino. Il retto è schiacciato dal tumore.

La diagnosi di ematoma pelvico intraperitoneale non offriva molte difficoltà; e l'intervento mi sembrò giustificato e urgentemente reclamato dalla gravità dei sintomi. Vieni praticata la laparotomia la mattina del 27 Agosto 1891.

Aperto l'addome, si trova il tumore aderente al peritoneo parietale a mezzo di briglie filamentose, che si distaccano senza molta difficoltà. Ha colore ardesiaco, e la sua superficie si presenta, in



qualche punto, di apparenza gelatinosa, sparsa di bitorzoli molli e fluttuanti. Il distacco non è possibile nelle parti laterali del bacino e nella regione ileo-lombare sinistra; in alto alcune anse del tenue sono intimamente connesse al tumore, la di cui parete anteriore è formata in basso dall'utero, dai legamenti larghi, distesi e risospinti dietro il pube. Con un piccolo tre quarti si svuota la parte più prominente della ciste, che forma in avanti una specie di mammellone a parete sottilissima: si ottengono circa 50 grammi di un liquido limpido, color giallo scuro. Infossando il tre quarti ai lati, si cava un liquido denso color cioccolata. La sacca intanto si rompe, versando un contenuto ematico nerissimo, con molti grumi. Con la mano si estrae questo materiale in parte solidificato. Vengono in seguito asportate a brandelli tutte le membrane, che costituivano la parete della cisti; il legamento largo di sinistra vien legato e reciso. L'ovaia destra è ingrossata e cirrotica; non viene rimossa. A sinistra non si osserva alcuna traccia di ovaio o di tromba, e molto meno di embrione o placenta, malgrado che i grumi asportati fossero stati accuratamente passati e disfatti. Dopo aver deterso bene il bacino e gl'intestini con le spugne, e praticato il lavaggio con acqua sterilizzata, la ferita addominale vien chiusa, con tre ordini di cucitura, dopo aver applicato all'angolo inferiore di essa un grosso drenaggio che pesca nel Douglas. Questo drenaggio fu rimosso 24 ore dopo, e la ferita residuale chiusa con altri punti di sutura. L'atto operativo durò 50 minuti.

Il decorso successivo fu regolare e benigno. La temperatura oscillò, per cinque giorni, tra un maximum di 38,4 C. e un minimo di 37,5. All'ottavo giorno si tolgono i punti di sutura; stato completo di benessere generale e locale. Dopo altri 12 giorni l'operata torna al proprio paese, abbastanza rifatta nella salute, e completamente guarita.

La seconda osservazione si riferisce ad una donna di 25 anni, Corrao Francesca, da Alcamo. Entra nell'ospedale il 25 Agosto 1891. Nulla nel gentilizio. Prima mestruazione a 14 anni, poi sempre regolare sino a 21 anno, in cui rimase incinta, dopo due mesi



di matrimonio. Lungo il corso della gravidanza, che fu condotta a termine, ebbe parecchie crisi isteriche lievi.

Il parto fu naturale, ma il puerperio leggermente morboso, e accompagnato da un indolenzimento degli organi pelvici, che non si dileguò mai completamente; e da quell'epoca l'amplesso non fu più gradito. Dopo 12 mesi di lattazione, riapparve il flusso mensile, e per tre mesi ebbe periodo regolare; poi ritardò di 22 giorni circa, durante i quali le turbe isteriche si fecero più frequenti. Seguirono altre mestruazioni normali, poi altri ritardi, giammai maggiori di 15-20 giorni. E così arrivò sino al Marzo del 1891; quando la donna fu colta da dolori acutissimi al basso ventre e specialmente alla fossa iliaca sinistra, febbre alta, tenesmo vescicale e rettale, sensazione di prossima fine. Questo stato acuto durò per circa un mese, e la mestruazione si ripristinò; ma la donna rimase molto sofferente. Alla fine di Luglio, nuovo ritardo mestruale, seguito dal ritorno dei sintomi sopradescritti; sopravvenne grave emorragia, che non cessò più, sino al momento dell'operazione.

E' donna di buona costituzione, ma di una squisitezza nervosa eccessiva. — Pareti addominali tese, molto dolenti in basso alla pressione. — Utero abbassato, fisso, portato in avanti, ma non interamente addossato alla sinfisi; cavità permeabile alla sonda per 6 centimetri. Fornice posteriore depresso, pieno di un corpo poco elastico; fornice sinistro pieno, ma non depresso. Con la osservazione combinata, sotto la cloronarcosi, si percepisce un corpo di consistenza variabile che riempie il Douglas, e si estende a tutto il parametrio di sinistra; è immobile, interamente addossato all'utero. Pel retto si può meglio determinare il volume e la forma del tumore, che è quella di un grosso limone, di consistenza variabile, più pastoso nella parte mediana, meno a sinistra e in alto.

L'inferma febbricitata, dorme poco, in grazia del bisogno frequente di mingere, e del peso al retto; ha continue perdite sanguigne.

La diagnosi mi sembrò dubbia. Ma le maggiori probabilità mi pareva che fossero per un tumore salpingeo, come conseguenza del puerperio morboso, fissato da essudati perimetrici. La immobi-



bilità però dell'utero era tale che io non avevo mai riscontrato l'eguale, nè in casi di tumori tubarici, nè in casi di cisti para-ovariche ripiegate nel Douglas. Questa fissità assoluta dell'utero e del tumore, unita al criterio fornito dalle risultanze anamnestiche e dal decorso della malattia, non poteva fare escludere del tutto l'ipotesi di un ematoma intraperitoneale.

L'intervento mi sembrò abbastanza giustificato, se non dal grave stato dell'ammalata, certo dalle continue sofferenze, le quali, nel corso di due anni e mezzo, avevano assunto un crescendo notevole, e tale da disilludere il chirurgo più confidente nelle risorse della natura.

Laparatomia il 5 Settembre 1891.

La cloroformizzazione riesce difficilissima, incompleta.

Nel Douglas si trova un tumore addossato all'utero e aderente al retto, la sua parete posteriore molle, bitorzoluta e sparsa di lacinie, si rompe nei tentativi di distacco e dà esito a sangue liquido, commisto a grumi; si penetra quindi in altre concamerazioni con un contenuto di grumi e di sangue, ma di apparenza e consistenza diversa; e in mezzo a questi, addossata ad un piccolo tumore, che fa unico corpo col legamento largo, una placenta facilmente riconoscibile, del diametro poco più di una moneta di cinque lire. Si trova la tromba allungata e ingrossata specialmente verso l'estremo addominale, col quale, unitamente all'ovaio, forma una specie di ampolla, che racchiude un corpo calcificato grosso come una nocciuola: il reperto, in breve, che io qui presento, è quello di una gravidanza tubo-ovarica con l'ovulo calcificato. — La tromba, l'ovaio e tutto il legamento largo vengono asportati con doppie legature, e la cavità peritoneale nettata bene con le spugne e lavata con acqua sterilizzata. — Nessun drenaggio fu applicato.

Il decorso ulteriore fu quello delle più benigne laparatomie. La temperatura si mantenne normale. L'operata poté lasciare il letto 12 giorni dopo l'atto operativo.

Questa in breve la storia delle due osservazioni. Ora non farò che alcune brevi osservazioni:



Ho di già accennato alla divergenza di opinioni che esiste ancora intorno alla patogenesi della infermità in quistione. Infatti, mentre il Lawson Tait non riconosce che due sole cause di emorragia intraperitoneale, cioè la rottura di una gravidanza tubarica, che è il caso più comune, e la rottura di qualche aderenza o di una legatura mal fatta nel corso di una laparatomia ; altri autori riconoscono invece, a parte di queste, altre cause dello ematocele retrouterino, quali la rottura di una dilatazione varicosa utero-ovarica, l'emorragia per rottura dell'ovaio, la pachi-peritonite, cioè la rottura di vasi dilatati e friabili delle false membrane di una pelvi-peritonite progressa (Ferber, Besnier, Bernutz), e finalmente la emorragia prodotta da reflusso della tromba, per disturbata funzione mestruale. Quest'ultima ipotesi, messa avanti da Trousseau e da Bernutz, è stata validamente sostenuta da Alph. Guérin, il quale è di avviso che, quando sotto date condizioni, che possono non raramente avvenire durante il processo mestruale, lo scolo del sangue trova un ostacolo per la via della vagina, le contrazioni uterine bastano a fare versare nel peritoneo, per l'ostio addominale dell'ovidutto, tutto il sangue contenuto nella matrice.

Su di un solo fattor etiologico sembra che non cada alcuna discussione, perchè è condizione indispensabile alla ritenzione del sangue versato nel peritoneo, cioè la impermeabilità di questa membrana, sia per il fatto di una perimetrite anteriore, sia per l'infiammazione provocata allo spandimento sanguigno considerevole, che conduce all'alterazione della membrana sierosa, la quale si rende inatta all'assorbimento.

Questa conduzione di cose non mancava certamente nei due casi da me osservati, ed era da attribuirsi alla pelvi-peritonite, seguita ai parti antecedenti.

Or, mentre non corre alcun dubbio sulla causa che determinò il versamento di sangue nel secondo caso, la interruzione cioè della gravidanza extrauterina ; non è facile determinare la genesi di un tale accidente nel caso che costituisce la prima osservazione ; perchè, se la assenza assoluta di ogni traccia di placenta o di embrione non è un criterio sicuro per escludere la esistenza di una gravidan-



za tubarica, vi sono però altri criterii che si riferiscono ai precedenti morbosì dell'ammalata e all'evoluzione rapida del tumore (poco più di due mesi) che si uniscono a questo criterio negativo per eliminare una tale ipotesi. Inclino piuttosto ad ammettere come causa dell'emorragia peritoneale, in questa prima osservazione, la così detta pachi-peritonite, cioè la rottura di false membrane, esistenti per il fatto della grave pelvi-peritonite, che tenne dietro al secondo parto. Data la grave cachessia palustre, che travagliava l'inferma sin dai primi anni della sua vita, e che è indubbiamente una causa validissima di spandimenti sanguigni, si può ragionevolmente ammettere che cause occasionali di lieve entità abbiano determinato la rottura di vasi varicosi, esistenti nelle false membrane, determinando il pelviematoma.

Il fatto che è della maggiore importanza, reso evidente dalle due storie cliniche che ho procurato di delineare, e soprattutto dalla qualità dei reperti, e che mi preme di rilevare a preferenza, perchè deve esercitare un gran peso sui criterii curativi di questa malattia, è quello delle emorragie ripetute che si verificarono nel peritoneo pelvico, in epoche successive: il carattere diverso dei grumi e del sangue contenuto nelle varie loculazioni del tumore, nella prima osservazione — la quale costituiva uno dei più voluminosi ematomi pelvici che siano stati sinora descritti ed operati — è una prova evidente della ripetizione continua dei versamenti di sangue nel peritoneo. E non è meno istruttivo per questo riguardo il secondo reperto, che dimostra i diversi momenti emorragici avvenuti in epoche molto posteriori alla interruzione della gravidanza; perchè le condizioni in cui fu trovato l'ovulo non possono stare in relazione di data con la qualità dei grumi e del sangue raccolto nelle diverse loculazioni della cisti e con la intensità dei sintomi che caratterizzano l'ultimo periodo delle sofferenze, quello che precedette l'atto operativo. Il che dimostra, che anche nei casi di esito più benigno di una gravidanza extrauterina, quello cioè della interruzione nel primo periodo, con incapsulamento del sangue e riassorbimento o calcificazione dell'ovolo, la donna può sempre correre grave pericolo, per il fatto di nuove emorragie intraperitoneali, che avven-



gono senza cause apprezzabili, cagionando sintomi ancora più gravi di quelli che accompagnarono il primo spandimento sanguigno.

Risulta dunque provato dalle due osservazioni, che versamenti sanguigni erano avvenuti, per spinte successive, in periodi diversi.

Un altro fatto merita di essere rimarcato nel secondo reperto : la placenta conservava una certa vitalità dopo la rottura dell'ovulo ; essa era ancora aderente alla superficie del sacco, e costituiva un corpo facilmente riconoscibile. Questa osservazione si accorda con quelle di Tait, di Chapneys, di Tornton, di Samuele Hey de Leeds e di altri.

Le conclusioni che, in base alle due osservazioni, io potrei fare sulla questione importante, non ancora risolta, del trattamento di questa malattia, scaturiscono, mi sembra, delle brevi considerazioni che ho fatte. A giudicare da queste osservazioni, la vita dell'ammalata è sempre in grave pericolo, perchè le emorragie tendono a riprodursi per un tempo indefinito. Esse vengono dunque a confermare la opinione del Lawson Tait, che considera tali emorragie sempre mortali, con una certezza quasi assoluta ; e tale sembra anche che sia l'ultima opinione del Martin. Malgrado quindi il parere dissimile di altri autorevoli chirurghi, io sono di avviso che, di fronte alla gravità dei sintomi, non si debba ritardare a mettere in pratica quel principio generale di chirurgia, dal medesimo Tait ricordato, che cioè, per arrestare un'emorragia bisogna legare il vaso che sanguina.

La incisione vaginale non è scevra di pericoli, e, nei due casi da me osservati, sarebbe stata sicuramente inefficace.

La laparotomia invece fu seguita dalla più completa e più rapida guarigione, come nei casi più benigni di cisti ovariche.