

Öspedale di S. Antonio di Trapani

DI ALCUNE LAPAROTOMIE

PEL DOTTOR

A. TURRETTA

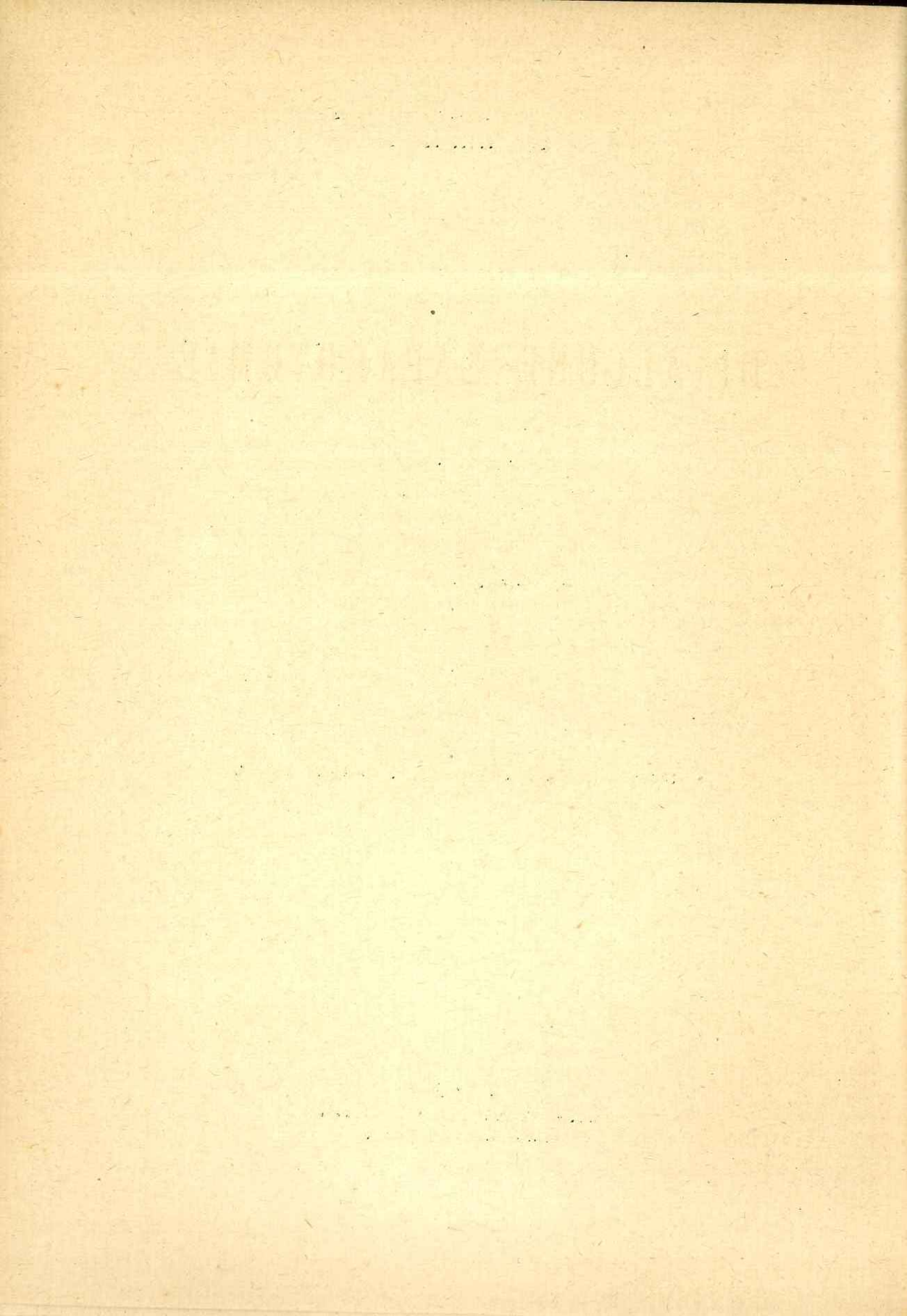
Chirurgo primario

(Estratto dalla *Riforma Medica*, n. 61-62-63, Marzo 1892)

NAPOLI

TIPOGRAFIA DELLA RIFORMA MEDICA
Salita Pontecorvo, n. 60

1892





Nel pubblicare un resoconto di alcune laparatomie, per malattie dell'utero o dei suoi annessi, da me eseguite in massima parte nell'anno ora decorso, mi limiterò ad esporre i risultati ottenuti, ed a fare, dove occorra, qualche considerazione sul caso clinico, senza portarvi quelle deduzioni che debbono essere permesse quando si può dividere per serie e classificare un numero considerevole di casi; il che suppone una grande attività operatoria e un vasto materiale clinico, che io non possiedo. Però in questo campo della chirurgia, malgrado le numerose statistiche pubblicate e l'ingente numero di lavori che vi si riferiscono, alcune quistioni non possono dirsi completamente risolte, e richiamano tuttora vivissima l'attenzione dei ginecologi e dei chirurghi. Sicchè io credo doveroso portarvi il contributo della mia limitata esperienza.

Fra i casi che verrò esponendo ve ne ha alcuni di una eccezionale gravità, e perciò non scevri d'importanza.

In queste laparatomie, come in altre, che non vanno qui pubblicate, perchè riguardano affezioni di altri organi addominali, non ho avuto a deplorare alcun insuccesso; e se vi si computano quelle già rese di pubblica ragione, fra le quali non ebbi che un solo esito letale, attribuibile a cause estranee all'atto operativo ed alla

sepsi (1), si può desumere che la mia statistica, per quanto limitata, va fra le più lusinghiere ed incoraggianti.

In tutte queste operazioni io mi sono sempre giovato della valevole ed efficace cooperazione del mio primo assistente dottor Eugenio Scio e degli altri assistenti dott. Guarnotta e Piazza Tommaso ; l'anestesia è stata quasi sempre affidata all'abile mio collega dott. Isca. Ad essi sono lieto di manifestare pubblicamente la mia gratitudine.

OSSERVAZIONE I.

Miofibroma sottosieroso dell'utero. — Istero-miomectomia addominale. — Guarigione.

Cipollina Antonina, di anni 32, nubile. Viene dai genitori sani tuttora viventi e da gravidanza gemellare. Le mestruazioni apparvero per la prima volta a 17 anni, non sono state mai regolari, poichè, tolti i primi anni, tra una ricorrenza e l'altra è intercorso un periodo variabile da due a tre mesi. Solo da un anno in qua il flusso è stato con periodo mensile, ma più abbondante dell'ordinario, e accompagnato da gravi molimina. Dall'età di 18 anni va soggetta a convulsioni isteriche.

Si accorse della esistenza di un tumoretto nel quadrante inferiore destro dell'addome verso il settembre del 1889. Era piccolo e si palpava profondamente ; nè recava in principio alcun disturbo ; ma crebbe con molta rapidità, raggiungendo nel periodo di nove mesi il volume attuale, e producendole dolori al basso ventre, peso alla vescica e al retto, stanchezza, pirosi al ventricolo e vomituri-zioni continue.

Struttura scheletrica piccola, ma regolare, nutrizione scaduta, pelle bruna, capelli nerissimi.

(1) V. *Sicilia Medica*, anno II, f. 3. e 4., e *Giornale Internazionale delle Scienze Med.*, anno XII.

L'addome è nel segmento inferiore notevolmente convesso in modo regolare per la esistenza di un tumore che viene dal fondo del bacino e si estende sino a tre dita in sopra della cicatrice ombelicale, di consistenza molto dura con alcune rilevatezze alla superficie a guisa di bottoni ; la forma è simmetrica, a guisa di focaccia, e gode di notevole mobilità più nel senso verticale che nel trasversale : si può infatti spostarlo in alto a tal punto da lasciare uno spazio di 5 centimetri tra il suo margine inferiore e il margine pubico. In questa locomozione pare che il tumore subisca un movimento di rotazione sul suo asse orizzontale e presenta in avanti porzione della sua faccia posteriore, che è piena, ed il suo margine inferiore liscio, arrotondato. Si può in questo modo avere un'idea molto chiara della forma del tumore, che, misurato col compasso di spessore, ha un diametro trasversale di centimetri 20, e verticale di centimetri 18.

Per vagina l'imene si deprime facilmente e lascia passare il dito che arriva a stento a toccare il collo uterino piccolo, conico. Tutto l'utero è spinto indietro verso il sacro e rialzato. Pel fornice anteriore si palpa il tumore ; e con la osservazione bimanuale si nota che l'utero segue i movimenti del tumore molto limitatamente, e quando si imprime al tumore stesso l'accennato movimento di sollevamento in alto, l'organo sembra che si abbassi o per lo meno resta sempre percettibile al dito in vagina.

La sonda molle penetra con qualche stento nell'utero e misura 5 centimetri.

Pel retto si tocca l'utero di volume normale, ma non si arriva col dito a limitarne il fondo.

Il rapido aumento di volume del tumore, la sua indolenza, e soprattutto la sua mobilità illimitata e quasi indipendente dall'utero, i caratteri del sondamento, la mancanza di menorragie fanno propendere per la diagnosi di un tumore dell'ovaia.

Operazione al domicilio dell'ammalata il 29 maggio 1890, ore 10 a. m.

Preparazione accurata dell'ambiente e della donna, disinfe-

zione della parete addominale, della vagina e dell'utero ; la rasura del pube la pratico di solito il giorno avanti.

Anestesia cloroformica, incisione di un sol tratto degli strati cutaneo e muscolare da due dita sopra l'ombelico sino al pube ; emostasi completa al momento dell'apertura del peritoneo. Si scopre il tumore di aspetto perlaceo, levigato, con molte vene appariscenti, e qualche bottone rilevato. Introdotta la mano si rileva subito la sua provenienza dal fondo dell'utero col quale si continua a mezzo di una specie di picciuolo, lungo circa sei centimetri, che ha la stessa robustezza del corpo dell'utero : il tumore sta ripiegato in avanti di quest'organo a guisa di bisaccia. In altre parole, l'utero, in basso di volume normale, si prolunga col suo fondo in una specie di cilindro un po' schiacciato, alla cui estremità sta attaccato il voluminoso tumore che riempie il bacino e porzione dell'addome, e che, in grazia del lungo peduncolo e della sua forma speciale a focaccia, sembra siasi completamente capovolto, sicchè il suo margine libero, che potrebbe dirsi superiore, rovesciandosi in basso, è venuto a collocarsi davanti dell'utero deprimendo il fornice vaginale anteriore. Questo modo singolare di sviluppo del tumore, e la sua eccezionale disposizione rispetto all'utero, danno ragione della difficoltà della diagnosi e spiegano perchè si potesse senza stento, infossando le dita dietro il pube, rialzare il polo basso del tumore, e imprimere a questo un movimento di rivoluzione dal basso in alto senza che per ciò l'utero venisse rialzato e lo seguisse in tale escursione.

Il tumore, essendo libero da aderenze sia nel cavo addominale che in quello pelvico, si sguscia facilmente, e facendolo sollevare in massa, dopo aver passato in vicinanza dell'istmo un laccio elastico, incido un largo lembo di sierosa dove sembra che cominci il peduncolo, ma visto che il tessuto evidentemente neoplastico si propaga in basso nel corpo dell'utero è che è quindi impossibile snocciolare il tumore, pratico l'amputazione in basso, tre centimetri in sopra del laccio elastico, al quale dò un assetto definitivo legandone i capi con nodi di seta. Il peduncolo viene trasfisso con apposito ago nel punto di intersezione del laccio, e si fa un'accu-

rata toelette addominale, e la sutura continua del peritoneo parietale con quello del peduncolo sotto il laccio elastico. La parete addominale vien chiusa con otto punti di seta profondi e sei superficiali; la sezione del peduncolo causticata profondamente col cauterio Paquelin. Spolveramento di jodoformio nel solco peripeduncolare e sulla sutura addominale. Medicatura con garza al sublimato, cotone idrofilo, fasciatura con asciugamani, appuntata attorno all'addome e contenuta con sottocosciali.

Durata dell'operazione dalle 10 alle 11,75 ant.

Per la disinfezione esterna si usò la soluzione di sublimato all'1 0/00 per la disinfezione peritoneale l'acido fenico al 2 %. Per le suture e le legature venne usata esclusivamente la seta. I ferri vennero sterilizzati con la stufa a secco.

I particolari relativi al seguito dell'operazione furono semplicissimi. Tolti i dolori stiranti al peduncolo nelle prime 24 ore, non vi furono sofferenze notevoli. Il *maximum* di temperatura fu in 2ª giornata di 38°,2, il *maximum* del polso 95.

Al 9º giorno si rinnova per la prima volta la medicatura e si tolgono i punti: la ferita è completamente aderita; il peduncolo durissimo, mummificato. L'operata comincia il dì seguente a stare seduta in letto e fare qualche lavoro di cucito.

Il peduncolo si distaccò al 30º giorno, lasciando un piccolo infundibolo, che cicatrizzò dopo pochi giorni. L'operata già prima della caduta del peduncolo si sentiva completamente guarita.

Il tumore microscopicamente considerato si presenta come un grosso corpo rotondeggiante col polo inferiore che si allunga nel peduncolo; ha il peso di grammi 2150. Qua e là alla superficie si vedono dei bottoni rilevati, la consistenza è dura.

L'esame istologico confermò la diagnosi di fibromioma, cioè si rinvennero molti fasci di fibre muscolari lisce col nucleo a bastoncino intensamente colorato dal picrocarminio, e fra essi molti fasci di tessuto connettivo, e vasi sanguigni in gran copia. L'esame fu anche diligentemente ripetuto dal Dott. U r s o, nel gabinetto d'istopatologia del prof. D'A n t o n a, il quale ebbe a con-

statare l'abbondanza notevole di tessuto connettivo che accompagna i vasi numerosissimi.

OSSERVAZIONE II.

Fibroma voluminosissimo dell'ovaio destro, facente corpo con l'utero — Laparo-isterectomia sopravaginale. — Guarigione.

Martinico Leonarda, di anni 48, da Trapani, entra nell'Ospedale il 20 settembre 1890 con un voluminosissimo tumore addominale.

Mestruata per la prima volta a 14 anni, lo è stata poi sempre regolarmente sino a 2 anni fa, in cui il flusso cessò del tutto. Mari-tata a 20 anni. Non è stata mai incinta. Circa 15 anni addietro avvertì al quadrante inferiore sinistro la presenza di un tumore, il quale aumentò gradatamente di volume; e dopo cinque anni, alquanto preoccupata, venne a farsi visitare da me; le proposi l'operazione che rifiutò subito. Il tumore non le era causa di gravi disturbi, ed essa ha potuto continuare a lavorare portando spesso dei pesanti fardelli; che poggiava sul fianco sinistro.

Le funzioni generali sono state sempre regolari, ma da qualche anno in qua l'addome è diventato talmente voluminoso da obbligarla a stare quasi sempre seduta, cagionandole gravi disturbi respiratori e ostacolando di molto le funzioni digestive.

Donna di costituzione mediocre, piccola di statura, molto magra con pelle di color terreo che si solleva a grandi pieghe per la scomparsa del pannicolo adiposo sottocutaneo. Addome voluminoso, propendulo, copre il 4° superiore delle cosce, ed è di figura irregolare, con varie solcature e rilevatezze, una delle quali allungata si perde sotto l'ipocondrio sinistro rialzando notevolmente l'arco costale; varie altre gibbosità si notano in tutto l'ambito addominale e specialmente una nel quadrante inferiore destro, formante una calotta sferica con un diametro di centimetri 35; la palpazione è in questo punto elastica, quasi in tutto il resto dura, resistente. Percussione ottusa su tutto l'ambito addominale, meno a

destra, dove è chiaramente timpanica sino a 5 dita trasverse al di qua della linea alba, costituendo sul fianco destro una zona timpanica a grande curva con convessità in avanti. In tutto il resto percussione ottusa, anche alla regione lombare sinistra. La linea di ottusità non si sposta col cambiare posizione dell'ammalata. Nel quadrante inferiore sinistro si percepisce una falda liquida molto superficiale, che denota chiaramente l'esistenza di aderenze perituali circoscriventi un essudato. Con forti trazioni si riesce a spostare in alto, di qualche linea, la massa del tumore, che riempie il bacino e tutto l'addome.

La misurazione dà i seguenti risultati :

Circonferenza all'ombelico	centim.	107
Quattro dita sopra l'ombelico	»	104
Quattro dita sotto l'ombelico	»	104
Alla base del torace	»	83
Dal pube all'apofisi xifoide	»	58
Dal pube all'ombelico	»	31
Dall'ombelico all'apofisi xifoide	»	27
Dalla spina il. an. s. d. all'ombelico	»	36
Dalla spina il. an. s. s. all'ombelico	»	30

Utero rialzato, segue completamente i movimenti del tumore, collo piccolo ; la sonda rigida misura appena 5 centimetri. Nulla si tocca dai fornicati.

Gli altri organi sembrano sani.

Diagnosi : Fibroma probabilmente encistico dell'ovaia. Forti connessioni coll'utero. Sicure aderenze specialmente parietali.

Laparatomia 25 settembre 1890, ore 10 1/2 ant. Oltre i soliti assistenti sono presenti tutti i medici dell'ospedale, i dottori Luciola, Rossano, Triolo e Licata.

Preparazione asettica della parete addominale, rasatura del pube, disinfezione della vagina e della cavità uterina.

Incisione dal pube sino a 4 centim. sulla cicatrice ombelicale ; pareti addominali a guisa di membrana. Distaccate le aderenze in alto, si trova tutto il grande epiploon attaccato al tumore con aderenze fibrose solidissime, ricche di vasi, alcune vene serpigino-

se hanno il calibro della giugulare. Prolungata di qualche centimetro l'incisione in alto, si recidono le aderenze previa legatura in doppio col catgut ; circa 15. Le aderenze parietali si distaccano con poca difficoltà, anche quelle verso l'arco costale sinistro ; distaccando da questo lato le aderenze in basso vien fuori circa 1/2 litro di liquido cedrino trasparente.

Infossando il grosso tre quarti nel segmento inferiore destro del tumore, che è più prominente, si cavano circa 5 litri di un liquido denso filante, color malaga. Solo in questo modo, diminuito il volume del tumore riesco a portarlo fuori per l'enorme breccia e lo affido a due assistenti che lo tengono sollevato con qualche fatica. Poche anse intestinali aderiscono al lato destro del tumore ed occorre molta diligenza per distaccarle. Nessuna aderenza col bacinio o con la vescica. La capsula del tumore è di colorito rosso-bruno, il suo polo inferiore arrotondato pare che provenga dal lato destro dell'utero, ma ha tali connessioni con quest'organo atrofico in tutta la sua estensione che è impossibile a prima giunta distinguere dove finisca l'utero e incominci il picciuolo, che è robustissimo quanto il mio polso, e ricco di molti vasi voluminosi. Si passano sul peduncolo due giri di laccio elastico e si porta via il tumore che impediva qualsiasi manovra.

Ritenuta la impossibilità di procurare una sicura emostasi, tenendo presente l'età dell'operata e il nessun interesse di conservare un organo atrofico e causa possibile di ulteriori molestie, mi decido per l'amputazione sopravaginale dell'utero. Passo quindi un altro laccio elastico più in basso al di sopra dell'istmo, trafiggo in questo punto il moncone con un grosso ago e recido tre centimetri in sopra. Dell'ovaia e della tromba sinistra non esiste traccia. Eseguo la sutura del peritoneo parietale col peritoneo uterino, e riunisco le pareti addominali con 12 punti di sutura che comprende tutti gli strati anatomici, previa la solita accurata pulitura della pelvi. Pochi altri punti che interessano la sola pelle bastano per chiudere completamente la ferita. Causticazione profonda dal moncone col cauterio Paquelin, pulitura del colletto e spolveramento

di jodoformio ; medicatura con garza al sublimato e cotone idrofilo. Fasciatura con asciugamani.

Per la disinfezione esterna si usò il bicloruro di mercurio all'1⁰/₁₀₀ e per le mani introdotte nel cavo peritoneale l'acido fenico al 2 %.

Per le suture e le legature venne usata esclusivamente la seta, riserbando il catgut alla sola legatura dei vasi delle pareti addominali.

Gli strumenti vennero sterilizzati nella stufa a secco.

Il seguito dell'operazione fu senza gravi fenomeni. Il *maximum* della temperatura fu, la prima giornata, di 38° ; e il *maximum* del polso 104.

L'operata, che fu lasciata per alcuni giorni in una camera le cui pareti erano state lavate con soluzione di sublimato, ebbe una stomatite con disenteria, che la tormentò per parecchi giorni, malgrado fosse stata trasportata altrove appena si manifestarono i primi sintomi molesti.

In giornata si rinnovò la medicatura e si tolsero tutti i punti ; la ferita fu trovata completamente aderita. Il peduncolo cadde il 25° giorno, e 35 giorni dopo l'operazione la donna potè ritornare alla propria abitazione completamente guarita.

All'esame microscopico il tumore si presenta come una enorme massa tondeggiante col polo inferiore leggermente allungato e formante un sol corpo con l'utero il suo peso è di chilogr. 11 e grammi 250. Sicchè computandovi circa 5 chilogrammi di liquido encistico estratto durante l'atto operativo, si può calcolare un peso complessivo di chilogr. 16 : va quindi collocato fra i più voluminosi tumori solidi delle ovaie che possono essere oggetto di trattamento chirurgico.

OSSERVAZIONE III.

Cistoma ovarico. — Laparatomia. — Guarigione.

Antonia Sardo in Cintura, di anni 47, da Trapani. Nulla degno di nota nel gentilizio. A 20 anni soffersse una oftalmite puru-

lenta all'occhio destro, che produsse il totale opacamento della cornea. Prima mestruazione a 14 anni; le successive regolari per tipo e quantità. Si maritò a 20 anni, e dopo 3 anni ebbe un primo parto spontaneo a termine, e poi altre 6 gravidanze sempre regolari, separate l'una dall'altra da un periodo di 2 anni. L'ultimo nato conta 12 anni.

Dall'ultimo parto le mestruazioni non furono più regolari per periodo; e da sei anni mancano quasi del tutto, essendovi stata una mestruazione abbondantissima due anni fa, e dopo un mese un'altra più scarsa e di breve durata.

La malattia attuale si fa rimontare a tre anni addietro, perchè allora la donna avvertì, in seguito ad una emozione, l'esistenza di una tumefazione al quadrante inferiore sinistro dell'addome. Tale tumefazione crebbe gradatamente e riempì tutto l'addome che da un anno in qua è diventato voluminosissimo, cagionando notevoli sofferenze, e soprattutto un dolore costante all'ipocondrio destro.

Scheletro regolare e bene sviluppato, cute giallo-terrea, nutrizione molto scaduta. Addome enormemente disteso a botte e ripiegato sulle cosce, con pelle edematosa specialmente in basso, e notevole mazzamento venoso. La base del torace slargato segue la distensione addominale. Cicatrice ombelicale piana. Con la palpazione si notano varie ineguaglianze che offrono una diversa resistenza. Fluttuazione distinta specialmente in alto; nel quadrante inferiore sinistro si riscontra una fluttuazione superficialissima che dinota una falda di liquido peritoneale limitato da aderenze. Percussione ottusa dappertutto sino agli'ipocondrii, meno alla regione lombare destra dove è timpanitica.

La misurazione dà le cifre seguenti:

Circonferenza all'ombelico	centim. 127
» tra ombelico e appendice xifoide	» 125
Circonferenza fra ombelico e sinfisi pubica	» 124
Distanza xifo-pubica	» 72
» dal pube all'ombelico	» 39
» dall'ombelico all'appendice xifoide	» 33

Distanza dalla spina iliaca a. s. d. all'ombelico »	40
Distanza della spina iliaca a. s. s. all'ombelico »	41
Circonferenza alla base del torace	56

L'utero è leggermente abbassato, abbassati i fornicci pieni di una massa pastosa, elastica. Nulla di anormale al torace; respirazione frequente per difficoltà delle escursioni toraciche.

Il giorno 2 ottobre si punge la ciste, allo scopo di abituare l'organismo alla diminuzione graduale del volume dell'addome, e si tolgono circa 6 litri di liquido densissimo, del colore e consistenza del cioccolato fuso; il dì 5, con altra puntura se ne estraggono altri 3 litri.

Laparatomia il 6 ottobre. — Precedono le solite precauzioni antisettiche. Coadiuvano i soliti assistenti; presenziano il dottor Lampiasi, altri medici dell'ospedale, e i dottori Rossano, Triolo e Licata.

Incisione della parete addominale dal pube a 8 centimetri in sopra dell'ombelico, con un sol tratto di bistori, sino al peritoneo parietale, che è aderente alla ciste, meno per un piccolo tratto al margine superiore dell'incisione, penetro con due dita ed opero gradatamente il distacco, che si effettua senza gravi difficoltà in basso.

La parete addominale è così assottigliata da lasciar vedere le pieghe delle mie dita, che manovrano sotto di essa. In alto esistono aderenze col grande epiploon per briglie tenacissime. Puntura della ciste col grosso trequarti; si svuotano circa 18 litri di liquido coi caratteri fisici sopradescritti. Le aderenze fibrose si recidono con le forbici previa legatura. Alcune anse intestinali aderiscono al tumore ma si distaccano con poca difficoltà. Svuotata la grande ciste resta una serie di piccoli cisti che formano il segmento inferiore del tumore, perchè vi si attaccano come appendici e riempiono tutta la pelvi, essi aderiscono in molti punti al peritoneo pelvico. La massa intiera del tumore è unita al corno destro dell'utero da un picciolo corto e molto largo, che viene legato prima in due metà e poi in massa e quindi reciso col Paquelin.

Tutto il peritoneo parietale ha perduto il suo aspetto normale

e si presenta come una membrana villosa, opaca, sanguinante. La emostasia riesce facile, perchè si possono rivoltare in fuori le sottili pareti addominali, e legare i 3 piccoli vasi sanguinanti. Dopo una accurata *toilette* con le spugne, senza lavacro, si chiude la ferita addominale con nove punti di sutura profonda e sei superficiali.

Il decorso ulteriore fu perfettamente asettico.

Il 26 ottobre l'operata lascia l'ospedale in completo stato di sanità.

La parete della ciste è di vario spessore, in alcuni punti presenta evidente la degenerazione sarcomatosa. Il suo rivestimento peritoneale è, nella faccia che corrisponde alla parete addominale anteriore, di aspetto villosa, ruvido, con vasi beanti. Qua e là sulla parete interna delle prominente formate da piccole cisti, e aggruppamenti di cisti a contenuto eguale a quello della cisti principale.

OSSERVAZIONE IV.

Cistoma ovarico da molto tempo rotto nel peritoneo. — Guarigione.

Francesca C., di anni 24, nubile, da Campobello di Mazara. Nulla di notevole dal lato gentilizio. Nessuna malattia rilevante, prima dell'attuale. Prima mestruazione a 14 anni; le altre sempre regolari per periodo, quantità e durata, sino a cinque mesi addietro; d'allora non si sono più presentate.

La malattia attuale data, al dire dell'inferma, da 15 mesi; fu allora che cominciò ad avvertire sensazioni dolorosi agl'ipocondri, che però non la obbligarono al letto, e non erano continui; tali dolori insorsero senza alcuna causa apprezzabile. Solo da un anno si accorse del crescente volume dell'addome; e consultò parecchi medici, che la sottoposero a cura lattea e a pennellazione sul ventre. In seguito a ciò le urine si aumentarono in quantità e l'addome parve diminuisse di volume.

Le funzioni intestinali si compievano con una certa regolarità, ma la digestione fu sempre penosa, con sensazione di ripienez-

za dopo il pasto. Negli ultimi tempi era diventata molto pesante ed affannava ad ogni piccolo sforzo.

E' donna di lodevole sviluppo scheletrico e muscolare, di statura alta, capelli biondi, molto dimagrata e dall'aspetto sofferente.

L'addome è voluminoso, poco tondeggiante slargato ai fianchi, con arcuamento più sensibile all'ipogastrio, dove si nota una leggiera irregolarità di superficie per una rilevatezza poco spiccata.

La misurazione dà i seguenti risultati :

Circonferenza alla cicatrice ombelicale centimetri 81, tre dita sotto l'ombelico centim. 86. Tre dita sopra l'ombelico centimetri 76. Distanza xifo-ombelicale centim. 18.

Dalla pube-ombelicale	centim. 19
Dalla xifo-pubica	» 38
Dalla spina il. a. s. d. all'ombelico	» 20
Dalla spina il. a. s. s. all'ombelico	» 21

La percussione dà suono timpanitico molto distinto al lombo destro e alla regione ileocostale dello stesso lato. Dalla spina iliaca a. s. destra parte una linea di ottusità con curva accentuata a convessità in basso, la quale linea passa ad un centimetro sotto della cicatrice ombelicale, e si dirige in alto e a sinistra sulla linea ascellare anteriore. Percussione ottusa si ricava dappertutto al di sotto di questa linea e nella regione ileo-costale e lombare di sinistra. Però da questo lato la risonanza varia e diventa semitimpanitica facendo giacere l'inferma sul fianco destro. In ogni parte dello addome si percepisce il fiotto molto distintamente. Fra l'ombelico ed il pube si può toccare un tumore, duro, bislungo, a superficie irregolare, ma a limiti non precisabili ; questo tumore galleggia in un liquido libero, e quando si tenta di stabilirne meglio i confini e il volume, approfondendo la mano, si sottrae ad ogni osservazione, ballotta e si approfondisce nel liquido. Ha però il volume approssimativo di una testa di bambino.

La vagina verginale in basso, con imene un po' lasco, è di poco allungata ; il dito arriva a toccare la porzione sottovaginale del-

l'utero, piccola, sportata a destra. I fornici sono liberi; l'utero risente fortemente le ondate del liquido. Pel retto si tocca l'utero, piccolo, e i legamenti larghi che sembrano liberi.

Una diagnosi esatta non essendo possibile, e l'ipotesi di un tumore maligno del mesenterio o del grande epiploon o di qualsiasi organo del grande bacino con copioso trasudato non essendo sorretta nè dal lungo decorso, nè dai precedenti gentilizi, nè dall'aspetto dell'inferma, che sebbene alquanto deperita, non era affatto caratteristico di una cachessia maligna, prima di procedere alla laparotomia, praticai a scopo rischiarativo la puntura con un grosso trequarti: ne ebbi circa 6 litri di un liquido colloide, molto denso, trasparente, color di ambra oscura. Così afflosciato l'addome, si può toccare liberamente il tumore disceso nel grande bacino: è di forma irregolare, schiacciato, di consistenza non molto dura con alquanto rilevatezze; è suscettibile di un notevole spostamento in alto, e col dito in vagina si constata che l'utero si rialza quando il tumore viene trasportato in alto: viceversa volendo spingere il tumore in basso non si arriva che a toccarlo appena dal fornice destro con l'apice del dito; deve dunque esistere un ostacolo che ne impedisce la completa discesa.

In ogni modo, sulla diagnosi di un cistoma ovarico poliloculare, la cui concamerazione principale erasi perforata versando il suo contenuto nel cavo peritoneale, non poteva correre alcun dubbio.

Dopo pochi giorni il liquido si riprodusse.

Vien praticata la laparotomia in casa privata, la mattina dell'8 dicembre 1889.

Precedono le solite precauzioni antisettiche rigorose per lo ambiente e per l'ammalata. Rasura dei peli, disinfezione della vagina e della parete addominale. Incisione, dal pube a un centimetro sotto l'ombelico, di un sol tratto sino al tessuto preperitoneale. Aperto il peritoneo alquanto ispessito, vien fuori in gran copia il liquido denso, attaccaticcio, come quello già estratto prima col trequarti, contenente molti detriti, come granuli di riso; le anse intestinali nuotano in questa specie di gelatina, e bisogna adoperarmi con le mani e con le spugne a portarlo fuori, provando non poca

difficoltà a detergere bene il tutto. Il tumore è attaccato per breve e largo peduncolo a ventaglio al corno sinistro dell'utero, ed è sospeso nel bacino da una serie di briglie tese e resistenti, che vi formano sotto come una rete, la quale ne impedisce la discesa nel piccolo bacino, lacerato con le dita queste briglie e ne recido due, le più robuste, con le forbici, previa legatura. Porto via, strisciando con le spugne il materiale attaccaticcio che riveste il bacino e gli organi in esso contenuti; e dopo un largo lavacro addominale con acqua bollita e filtrata, chiudo la ferita con 8 punti di sutura profonda e 6 superficiali.

Il decorso post-operativo fu completamente afebrile e dei più benigni.

L'operata lasciò il letto il dodicesimo giorno, e 19 giorni dopo l'atto operativo tornò al proprio paese.

Il tumore ha la forma di un grosso limone un po' schiacciato del peso di gram. 625. Il suo investimento esterno, liscio e levigato in alcuni punti, è in altre parti ruvido, agglutinato. Tutta la massa è costituita da una serie di piccole cisti di varia grandezza, il cui contenuto è di diversa densità, presentando in alcune i caratteri identici al liquido che riempiva la cavità addominale, in altre piccole loculazioni è invece più tenue, più chiaro e trasparente.

Nella parte più acuminata del tumore si scorge una ulcerazione del diametro di una moneta da due centesimi, che immette in una cavità non molto ampia, frastagliata ed irregolare, con pareti interne villose, e che corrisponde senza dubbio alla grande concamerazione del cistoma, che si svuotò in seguito a processo ulcerativo.

OSSERVAZIONE V.

Cistoma ovarico suppurato. — Aderenze molteplici con gl'intestini e con gli organi del bacino. — Laparatomia. — Guarigione.

Torrente Maria, di anni 24, maritata, dimorante in una isoletta (Marettimo) molto distante dall'altra isola di Favignana, al cui comune appartiene.

Assicura di aver goduto sempre buona salute, e di non essersi mai accorta di un tumore addominale, che doveva portare da molti anni. Il padre è tuttora vivente, sano e robusto, la madre è morta di affezione cronica polmonare.

Prima mestruazione a 14 anni, poi sempre regolare per quantità e durata. Prese marito a 22 anni, e dopo 7 mesi rimase incinta; ma al quarto mese la gravidanza fu interrotta da una grave metrorragia, a cui seguì l'espulsione incompleta del contenuto uterino. Si accese la febbre, l'addome divenne dolente, le metrorragie continuarono in maniera dissanguante; e, mancando nel paese l'assistenza medica, fu trasportata a Trapani, e visitata dal mio assistente dottor Scio, che praticò subito l'estrazione dei residui placentari, e le irrigazioni endouterine. Le perdite sanguigne cessarono e si attenuò il processo febbrile; ma dopo pochi giorni si riaccese la temperatura, l'addome, già molto tumido e dolente, aumentò notevolmente di volume, subentrò uno stato apatico e di incipiente collasso. La vedo in consulto, col medico curante, nel seguente stato. Ventre tumido, prominente; teso, con pareti edematose, cicatrice ombelicale piana, percussione ottusa fino a 3 dita sopra la zona ombelicale, molto timpanitica ai fianchi, la linea di ottusità non è spostabile; poco dolore risveglia la pressione; aspetto dell'inferma un po' apatico, colorito cereo della pelle, mucose visibili completamente anemiche, decubito dorsale obbligato, polso piccolo, frequente, temperatura oscillante tra 39° e 40°. Porzione vaginale dell'utero ancora molle, tutto l'organo poco mobile, dalla cervice cola un umore scarso, sanioso, non molto fetido; fornici sinistro e posteriore pieni, depressi. Con la osservazione combinata si nota la esistenza di un tumore che riempie l'addome, immobile, irregolare di superficie e di resistenza.

L'ammalata non accusa sofferenze speciali. Dalle notizie incomplete che si son potute raccogliere da lei e dai parenti si può ricavare questo, che l'addome era stato sin dalla infanzia eccezionalmente tumido, ma non aveva mai richiamato la loro attenzione, perchè non era causa di alcuna sofferenza.

Si fa diagnosi di cistoma ovarico suppurato e si propone la la-

parotomia che viene eseguita in tali condizioni, la mattina del 27 dicembre 1890.

Cooperava, come sempre, il dottor Scio, assistevano i dottori Guarnotta e Piazza, la anestesia era affidata al dr. Isca.

Incisione della parete addominale, sino al tessuto preperitoneale; aperto il peritoneo si trova questa membrana ispessita e aderente alla ciste in tutta l'estensione, però il distacco non sembra difficile, la ciste è a pareti spesse e sarcomatose: ma procedendo con molta delicatezza in questo lavoro, e dopo avere distaccato la parte alta, si lacera a sinistra in una vasta ulcerazione della parete cistica e il contenuto si versa fra gli intestini: è un materiale puriforme molto tinto di sangue. Allora penetro con la mano senza alcun riguardo, col proponimento di portar via tutta la sacca cistica il più rapidamente possibile; ma trovo infinite aderenze con molte anse intestinali, e in parecchi punti non riesco affatto a praticare il decorticamento delle masse sarcomatose che si spappolano sotto le dita. Raggiunto il peduncolo, lungo e sottile, verso il corno sinistro dell'utero, lo lego, e porto via tutta la porzione bassa della ciste, che è la meno aderente. Liberata la cavità addominale dei molti grumi e detriti, rimangono molti porzioni di parete cistica aderenti agli intestini. Largo lavacro con acqua sterilizzata e filtrata. Chiusura della ferita addominale con molti punti, lasciando un grosso tubo da fognamento in doppio che pesca nella sacca del Douglas. L'atto operativo procedette con la maggiore rapidità, per la minaccia di morte imminente dell'ammalata, che si mantiene a stento in vita con molte iniezioni di castoreo, con inalazioni di ossigeno, e mediante l'autotrasfusione praticata con fasciature espulsive agli arti inferiori. Viene riposta in letto alle 12 m. e circondata, dal capo ai piedi, con fiaschi ripieni di acqua bollente. Durata complessiva dell'operazione 50 minuti.

27. 12. 1890. 3 p. — I polsi sono diventati percettibili, le estremità sono calde, la fisionomia più animata, molta sete. T. 36°,5, P. 135. R. 28. — 9 p. Minore prostrazione, urina abbondante. Si continuano le inalazioni di ossigeno. T. 36°,8. P. 125. R. 28.

28. 12. 1890. 9 a. — Notte calma; molta sete, urina sponta-

neamente, due dejezioni alvine spontanee, abbondanti; pelle calda, umida. Si rinnova la medicatura molto inzuppata. T. 36°,8. P. 120. R. 26. — 9 p. Stato soddisfacente; il pus non ha odore speciale. T. 37°,2. P. 120. R. 24.

29. 12. 1890. — Ha dormito parecchie ore; prende brodi e cognac. Si ricambia ogni dì la medicatura. T. 37°,5. P. 110. R. 24.

30. 12. 1890. — Continua il miglioramento; prende brodi con avidità. T. 37°,5. P. 110. R. 22.

10. 1. 1891. — Miglioramento notevole dello stato generale e locale. L'appetito è buono, la secrezione scarsa. Il tubo da fognamento si va accorciando. La palpazione dell'addome mostra delle nodosità rilevanti che circondano l'apertura fistolosa. T. 37°. P. 100. R. 20.

10. 2. 1891. — Si toglie il fognamento, la suppurazione è scarsa, la nutrizione dell'ammalata discreta; comincia a lasciare il letto.

Nei primi di marzo lo stato dell'inferma non è mutato, ma le rilevatezze del basso ventre sono più appariscenti e costituiscono delle piccole masse irregolari dovute alle anse intestinali aggruppate per i brandelli della parete cistica che vi rimasero aderenti; la suppurazione è scarsa, ma il giorno 10 si inizia un processo febbrile che la sera del giorno seguente dà una temperatura di 40°, la respirazione affannosa, il polso piccolo, irregolare la fisionomia smarrita. Coincidendo un tale stato con la soppressione quasi totale della secrezione purulenta dal forame fistoloso, dubito di una ritenzione di pus per insaccamento; e fatta riportare l'inferma sul letto di operazione, dilato col bistori l'apertura fistolosa, e penetrando con le dita distacco alcune aderenze ed applico un grosso e corto fognamento. In seguito a ciò la febbre cede; e il giorno 16 aprile l'ammalata può lasciare l'ospedale e ritornare al proprio paese, portando tuttavia la fistola che dà una scarsa secrezione, e mantenendosi sempre pallida ed emaciata, malgrado i chinacci e i preparati marziali che continua a prendere.

Ho potuto avere, mentre scrivo, notizie dello stato dell'inferma, che si mantiene immutato; e certamente non è da farsi illusioni

sulla sua sorte più o meno lontana. Ma l'operazione valse a scongiurare la catastrofe sicura, imminente, e prolungare la vita, chissà per quanto tempo, permettendo all'inferma di rimanere in famiglia e in una località che è assolutamente priva di qualsiasi assistenza medica; questo caso costituisce senza dubbio una prova luminosa di quanto si possa osare nei cistomi ovarici suppurati, anche di data antichissima e nelle condizioni di esaurimento e di profonda anemia in cui trovavasi l'inferma in questione.

OSSERVAZIONE VI.

Cistoma ovarico, con molte aderenze viscerali e mesenteriche. — Guarigione.

Manno Brigida, di anni 37, da Alcamo, civile di condizione. Ha avuto otto gravidanze a termine, e due aborti. L'ultimo parto normale avvenne due anni addietro. Dopo il secondo sgravio ebbe un ascesso pelvico, che si esplicò per l'inguine e restò lungamente inferma.

Secondo l'inferma, l'origine dell'attuale malattia data da dieci mesi, perchè fu allora colta da dolori alla regione ileo-costale sinistra, estesi anche all'inguine, l'addome si tumefecé, subentrò la febbre che non è mai cessata.

Stato generale miserevole, emaciazione profonda, pannicolo adiposo scomparso, muscoli sottilissimi, oligoemia intensa. Evacuazioni dissenteriche, sin dal principio della malattia. Rumore di galoppo alla punta del cuore. Edemi agli arti inferiori.

Addome molto voluminoso uniformemente; dolori vaganti in tutto l'ambito addominale. Circonferenza all'ombelico 105.

Da quattro mesi la mestruazione manca. Collo uterino molle, schiacciato, cavità ingrandita: la sonda vi penetra per 8 centimetri.

Vista la impossibilità di rialzare le forze dell'inferma malgrado i mezzi di cura adoperati, e persistendo la febbre e la disenteria, si procede alla laparotomia il 1° ottobre 1891.

La ciste è completamente aderente al peritoneo parietale, i-

spessito e pergamenaceo, e a tutto l'epiploon; se ne opera gradatamente il distacco, previa legatura. A misura che la ciste si svuota si riscontrano delle aderenze estese col colon, che vengono delicatamente distaccate, e col mesentere, per le quali è necessario procedere ad alcune legature, prima di separarle con le forbici. Il peduncolo, molto robusto e corto, procede dal corno destro uterino. Ovaia sinistra un poco cirrotica; tromba sinistra allungata, con piccolo idrosalpinge, e aderente con l'estremo addominale alla parete del cistoma: se ne fa la resezione legandola al di sotto del rigonfiamento e recidendola col Paquelin.

Non si potè evitare una discreta emorragia proveniente dal distacco delle molteplici ed estese aderenze. Lavatura del cavo addominale con acqua sterilizzata. Sutura a tre piani della ferita esterna.

La guarigione avvenne rapidissima. 15 giorni dopo l'operazione la donna ritorna al proprio paese, migliorata nella nutrizione.

La febbre, che l'aveva molestata incessantemente, finì lo stesso giorno dell'atto operativo nè più ricomparve.

OSSERVAZIONE VII.

Cistoma dell'ovaia destra. — Guarigione.

Giammarinaro Maria, da Mazzara, di anni 21. Porta da circa quattro anni, l'addome enormemente disteso da una ciste ovarica, che fu punta nei primi tempi della malattia, dando esito a dieci litri di liquido filante. La circonferenza addominale all'ombelico è di centimetri 115.

Dapertutto risuonanza ottusa, meno al fianco destro. Utero mobile, abbassato.

La donna è estremamente emaciata dalle sofferenze e da una infezione malarica antica.

1° settembre 1891. — Aperto l'addome, si trovano estese aderenze parietali, che si distaccano facilmente: contenuto colloide della ciste, in due loculazioni. Peduncolo larghissimo a ventaglio,

che parte dal legamento largo di destra : vien legato con cinque nodi a catena, e poi reciso, previe due altre legature in massa.

Sutura della parete in tre strati.

Decorso ulteriore perfettamente normale. Dodici giorni dopo l'operata viene dimessa guarita.

OSSERVAZIONE VIII.

Ciste del legamento largo di sinistra — Laparotomia. — Guarigione.

Laudicina Maria, di anni 24, contadina, da Trapani, entra nell'ospedale il 16 maggio 1891 per gravi malattie di pertinenza degli organi del bacino.

Ha buoni precedenti ereditari; ha sofferto ripetutamente febbri palustri. Prima mestruazione a 12 anni. Prese marito a 20 anni, e concepì dopo sei mesi: la gravidanza fu normale, con parto regolare a termine. Dopo 7 mesi un'altra gravidanza, preceduta da fenomeni di bruciore alla vescica con minzione dolorosa, e sensazione molesta di pondo al retto. La gestazione decorse però sino al termine, ed il parto fu normale. Dopo soffersse nuovamente le febbri malariche, che durarono a lungo, non volendo l'ammalata prendere il chinino per timore che si aumentassero le sue sofferenze, che attribuiva ad irritazione, e che presero davvero dopo lo sgravio proporzioni allarmanti.

E' donna di costituzione piuttosto gracile, magra, con cute, di colorito giallo terreo, che si può sollevare a grandi pieghe. Addome depresso, dolente alla pressione nel segmento inferiore. Utero in antiflessione, leggermente abbassato e spostato a destra, la sonda penetra per sette centimetri. Fornice anteriore piccolo, dolente, fornice posteriore pieno di un corpo molle, fluttuante, che riempie anche il fornice sinistro, ed è connesso all'utero, e ne segue le escursioni limitate e dolorosissime. Col riscontro combinato non si arriva a delimitare esattamente questo corpo. L'esplorazione rettale fornisce gli stessi dati.

L'urina emessa con frequenza, contiene molto pus, e di tanto in tanto qualche grumo sanguigno, vi si notano molte cellule di epitelio vescicale. La minzione è estremamente dolorosa, la sensazione di pondo al retto continua, la defecazione provoca dolori indicibili. Questi fenomeni sono talmente molesti da togliere il sonno all'ammalata, e da farle reclamare con insistenza una operazione chirurgica, che potesse alleviarle le sofferenze.

Nulla di anormale negli altri organi, se si toglie un notevole aumento nel volume della milza.

La diagnosi non era delle più facili, perchè malgrado i risultati dell'esame obbiettivo e molti sintomi avvertiti dall'inferma deponessero per una ciste degli annessi di sinistra, ripiegata e aderente al cavo di Douglas, rimaneva tuttavia a spiegare una serie di fatti di pertinenza della vescica urinaria, e specialmente l'emissione a periodi di notevole quantità di pus e di grumi sanguigni frammisti all'urina in modo da lasciare il dubbio che una sacca ematica suppurante si svuotasse di tanto in tanto, previe aderenze, nell'urocisti; molto più che l'inferma asserisce di sentirsi meglio dopo la emissione di tali materiali. Nè a chiarire i dubbî veniva in alcun modo in soccorso l'anamnesi, poichè l'ammalata negava di essere stata mai contagiata di blenorragia, assicurando che i fenomeni della vescica urinaria erano sorti poco tempo prima dell'ultima gravidanza, e contemporaneamente a quelli della compressione sul retto intestino. Si praticarono giornalmente le lavande antisettiche della vescica, e l'urina andò mano mano modificandosi. Con un lungo trequarti punsi la ciste pel fornice-posteriore. Venne fuori un liquido limpidissimo, cedrino, di reazione neutra, della quantità di 150 grammi circa; ciò che arrecò notevole sollievo all'ammalata.

Si continuarono le irrigazioni della vescica urinaria; ma lo stato di relativo benessere durò solamente pochi giorni. Le sofferenze ricominciarono e crebbero a misura che si riproduceva il tumore nello spazio retto-uterino.

La laparotomia vien praticata il giorno 19 aprile 1891.

Incisione nella linea alba appena sufficiente per introdurre tre

dita. Si percepisce un corpo a limiti indeterminati, fortemente aderente all'utero ed a tutto lo spazio di Douglas.

E' mestieri prolungare l'incisione in alto per introdurre tutta la mano ; così riesco a staccare molte aderenze e ad isolare il tumore, portandolo verso il campo dell'operazione. Questa manovra produce la rottura della ciste, il cui contenuto si versa in parte nel peritoneo : è lo stesso liquido sieroso, trasparente, della quantità di circa 250 grammi. La ciste è sviluppata tra i foglietti del legamento largo, l'ovaia è immedesimata con la sua parete, nella cui parte superiore si vede la tromba aderente, allungata e serpigginosa. Occorrono cinque legature con seta, che interessano tutto il legamento largo, e nella parte centrale rasentano il margine uterino.

La ciste viene quindi isolata ed asportata. Lavatura del peritoneo con acqua sterilizzata, e accurata *toilette* con spugne.

Sutura in tre strati della parete addominale, i primi due con catgut, la pelle con seta a punti staccati. Medicatura con garza al sublimato e cotone idrofilo, fasciatura con asciugamani, e vescica di ghiaccio all'epigastrio.

Il decorso post-operativo fu molto regolare e completamente asettico. L'ammalata si sentì subito alleviata delle sue continue sofferenze a cominciare dal giorno seguente all'atto operativo. Si continuarono le irrigazioni in vescica per curare il catarro ; e il giorno 10 maggio l'operata viene dimessa guarita.

OSSERVAZIONE IX.

Ciste doppia dei legamenti larghi.

Galante Maria da Castellammare del Golfo. Dai 14 anni mestrata sempre regolarmente. A 26 anni maritata ; ebbe un aborto nel decorso di una malattia tifosa, poi due gravidanze regolari. L'ultimo parto fu stentato, e il puerperio morbosissimo : stette tre mesi a letto con pelvi-peritonite. Ciò accadde sei anni addietro ; da quell'epoca datano le sue sofferenze, consistenti in dolori continui al bassoventre, peso al retto, stimolo frequentissimo di mingere, tal-

volta incontinenza di urina, rapporti sessuali dolorosi e negli ultimi tempi impossibili.

Utero abbassato, antiverso e lateroverso a sinistra, pochissimo mobile, fornici pieni. Con la osservazione combinata si toccano dei tumori, grossi quanto un'arancia, nello spessore dei legamenti larghi. La osservazione rettale dolorosissima fornisce gli stessi dati.

Laparotomia 28 settembre 1891.

Una ciste del volume di un grosso limone occupa tutto lo spessore del legamento largo di destra, un'altra più piccola a sinistra è nelle identiche condizioni. Il tutto è cementato da essudati resistentissimi; delle trombe e delle ovaia non si vede traccia. Non è possibile spostare anche di poche linee l'utero e questi tumori in alto. Punzione della ciste di destra, che contiene circa 150 grammi di liquido denso, color marsala, trasparente. In tal modo si applicano 6 legature ai due lati, verso il bacino e lungo il margine uterino, che interessano tutto il legamento largo, e si asporta il tumore.

La ciste di sinistra contiene una quantità minore di liquido, con gli stessi caratteri. Se ne pratica con l'identico modo l'asportazione. L'utero resta così privo di una gran parte dei suoi legamenti larghi; e l'operazione fu una delle più faticose e difficili, perchè dovette compiersi col semplice aiuto del tatto, non essendo possibile di attirare l'utero e i tumori verso il campo della ferita addominale.

Il decorso post-operativo fu buono. L'ammalata ebbe in seguito alcuni giorni di febbre per abuso di alimenti. Il 21 ottobre lasciò l'ospedale guarita.

OSSERVAZIONE X.

Ciste dermoide dell'ovaia, suppurata. — Laparotomia. — Guarigione.

Bertolini Maria, di anni 47, da Favignana; entra nell'Ospe-
dale in istato d'incipiente marasma e con polsi appena percettibili.

Nulla di notevole nel gentilizio; non ha sofferto per lo innanzi

malattie rilevanti. Maritata all'età di 38 anni, rimase incinta dopo alcuni mesi e partorì un feto a termine con parto regolare.

L'addome, che era stato sempre un po' tumido, rimase eccezionalmente voluminoso dopo lo sgravio; ma la donna non risentiva alcuna molestia.

Nel novembre del 1889 senza cause apprezzabili si ammalò con forti dolori addominali e febbre che fu dai medici del paese giudicata di natura tifoidea. Dopo due mesi si credette quasi guarita di quella malattia; ma l'addome rimase dolente e molto tumido nel quadrante inferiore sinistro, e mano mano il dolore si diffuse a tutto l'addome e la febbre si riaccese. Fu condotta a Trapani e visitata da medici riputati i quali dubitarono che si potesse trattare di peritonite saccata, e le consigliarono di restare sotto la loro osservazione. Ma essa volle ritornare al proprio paese, dove il suo stato si aggravò; e fu continuamente in preda a febbre alta, atroci dolori addominali, vomito infrenabile.

Fu di nuovo riportata in Trapani, dopo un decorso di sette mesi dal principio della malattia, ed entrò all'ospedale il 5 maggio 1890.

Le condizioni dell'ammalata erano allora miserevoli. Addome tumido in modo uniforme con pelle edematosa e lucida. L'area di ottusità si estende dal pube sino a due dita trasverse oltre l'ombelico, più estesa a sinistra, delimitata ai fianchi e tutto all'intorno da una zona nettamente timpanitica. Il limite di ottusità non si sposta.

L'utero è antero-latero verso a destra, con porzione vaginale molle edematosa.

Impossibile un esame minuto, a causa dello stato gravissimo dell'inferma, che pareva dovesse soccombere da un momento all'altro.

Le notizie però ed i segni fisici raccolti autorizzavano la diagnosi di ciste ovarica suppurata, probabilmente dermoide. E si procedette subito alla laparotomia.

Inciso l'addome dal pube all'ombelico si scopre in un sol punto la ciste che è attaccata con fitte aderenze al peritoneo parietale. Il distacco riesce solo possibile per piccolo tratto a destra. Si incide

allora per tutta l'estensione il tumore, che dà esito a materiale purulento fetidissimo, misto ad ammassi di materia untuosa e densa e ad una matassa di lunghi capelli conglomerati, voluminosa quanto un grosso pugno di adulto.

Pulitura del cavo cistico, largo lavacro, e fognamento con grosso tubo di gomma. La porzione di parete cistica distaccata viene cucita al peritoneo parietale.

45 giorni dopo, la donna, completamente rifatta, potè lasciare l'ospedale. Rimane un seno fistoloso, dal quale fuoriesce scarso materiale purulento.

E' questo il secondo caso di ciste dermoide dell'ovaia, suppurata, ché cade sotto la mia osservazione. (*Vedi Giornale internazionale delle scienze mediche*, anno III e IV).

OSSERVAZIONE XI.

Ciste ovarica papillare doppia. — Grande ciste da hydrosalpinx destra; hydrosalpinx sinistra. — Ooforosalpingectomia bilaterale. — Guarigione.

Virzi Maria, di anni 43, da Trapani. Prima mestruazione a 14 anni, maritata a 23 anni; non ha mai concepito. Sin da 14 anni addietro si accorse della esistenza di un tumoretto al disopra dell'inguine destro, spostabile e poco dolente alla pressione. Consultò allora il medico perchè l'accoppiamento cominciò ad essere doloroso, e si sottopose ad alcune cure, ma senza effetto, perchè il tumore crebbe gradatamente di volume e divenne causa di notevole sofferenze. Il flusso mestruale non è mai mancato, ma negli ultimi anni ha anticipato sempre di alcuni giorni, è stato più abbondante, e accompagnato da gravi molimina.

Donna di buona costituzione, ma con muscoli flaccidi, anemica, sofferente; addome considerevolmente disteso da un tumore irregolare, a forma di cornamusa, che parte dal bacino, e arriva sino all'ipocondrio destro rialzando l'arco costale, presenta una insellatura obliqua dall'alto in basso e da sinistra a destra; ha su-

perficie irregolare, e la consistenza è varia, dove più, dove meno elastica, in nessun senso si avverte fluttuazione.

Il tumore è pochissimo spostabile dal basso in alto. Utero abbassato, immobile, spostato a destra ed antiverso; la sonda dura vi penetra per 7 centim.

Fornici sinistro e posteriore depressi e pieni di una massa poco elastica che non si sposta e non segue i movimenti del tumore.

L'esame minuto riesce difficile perchè provoca grande dolore.

L'esplorazione rettale lascia percepire un tumore elastico che riempie lo spazio di Douglas e tutta la fossa iliaca sinistra.

Laparotomia il 24 luglio alle ore 10 a. m. in casa privata.

Mi assistono i soliti colleghi; presenziano i dottori Solina e Rossano.

Disinfezione rigorosa dell'ambiente e della ammalata. Incisione sulla linea alba, dall'ombelico a 3 centimetri sul pube. Aperto il peritoneo, si fa prominente il tumore di figura irregolare a pera, col piccolo polo verso il bacino, sparso di varie solcature, e con superficie ricoperta di una quantità notevole di escrescenze papillose; la tromba destra, considerevolmente distesa e serpiginosa si designa sulla faccia anteriore del tumore al quale aderisce; ha la lunghezza di circa 13 centimetri e un diametro variabile, che raggiunge il massimo di 15 millimetri verso l'estremo periferico, dove non esiste traccia di fimbrie.

E' ripieno di un liquido sieroso molto tenue.

Tutto il tumore ha poche aderenze in basso col bacino, e proviene dal lato destro dell'utero, dai foglietti del legamento largo. Il largo peduncolo viene prima segmentato con due legature, e poi stretto con unico laccio, la superficie di sezione cauterizzata col Paquelin, ed affondato.

Infossando profondamente la mano si percepisce un tumore che riempie completamente lo spazio retto-uterino e la fossa iliaca sinistra, incuneando e fissando l'utero; è del tutto aderente, e ricoperto da essudati che lo rendono poco distinguibile. Si riesce con delicate manovre a distaccarlo e a portarlo fuori nel campo d'opera-

zione. E' un tumore semisolido dell'ovaia, del volume di una testa di feto irregolare alla superficie, in cui si vede aderente la tromba sinistra idropica e serpigginosa, ma molto più piccola della precedente. Il peduncolo cortissimo e largo fa unico corpo col legamento largo, ed occorrono cinque legature per isolare il tumore e portarlo via unitamente allà tromba.

Fatta un'accurata pulizia del peritoneo, e nettato bene il bacino con spugne lavate nell'acqua fenicata, si chiude la breccia addominale con otto punti di sutura a tutto spessore, e sei superficiali. Medicatura con jodoformio, garza al sublimato e cotone idrofilo.

Durata dell'operazione 70 minuti.

Decorso post-operativo asettico e normale. Massimo di temperatura 38°; massimo del polso 100.

L'operata lasciò il letto in 15^a giornata.

Parte anatomica. — Il tumore di destra è uno dei più belli esempî di ciste prolifera areolare con produzioni papillari alla superficie: di figura ovoidale, allungato, e sparso di solcature, è interamente tappezzato, specie nel segmento superiore, da una quantità di escrescenze papillose a cavol-fiore, simili a quelle descritte da W. Neitzel (1), da Lee (2), da Doran (3), e la cui origine ha dato luogo a numerose controversie. Eseguendo un taglio nel corpo del tumore, lo si vede formato da una quantità di piccole concamerazioni areolari, separate da uno stroma fibroso abbastanza fitto, e ripiene di un liquido gelatinoso molto denso. Nelle concamerazioni più grandi si vedono delle vegetazioni formate da proliferazioni dello stroma, il cui tipo si avvicina al mixoma. A misura che si va verso la periferia la proliferazione congiuntivale diventa predominante.

Il tumore di sinistra molto più piccolo del precedente, ha lo stroma e la configurazione interna, identica a quella del tumore di

(1) Hygiea Bd. XLIX; n. 3, 1887.

(2) Intraligamentous ovariae cystoma cut. (Med. Record N. Y. XVII, pag. 267.

(3) Clinic. and. path. obs. on. tumour of the ovary, London 1884.

destra, ma le escrescenze papillose alla superficie esterna sono appena accennate. L'essere questi tumori inclusi tra foglietti del legamento largo costituisce una conferma alla opinione di Doran e di Waldeyer, che essi prendano origine dalle vestigia dei corpi di Wolff, e spiegano il loro lento sviluppo e i fenomeni di compressione e di dolorabilità cui davano luogo.

OSSERVAZIONE XII.

Salpingite ed ovarite degenerativa con spostamento. — Ovaro-salpingectomia bilaterale. — Guarigione.

Roisì Anna, di anni 25, maritata, da Alcamo. Entra all'ospedale il 25 maggio 1891. Nulla nel gentilizio. Da 3 anni le mestruazioni sono divenute irregolari, non è stata mai incinta. Da 7 anni accusa notevoli sofferenze agli organi del bacino, e un leggero flusso purulento dalla vagina in seguito a probabile contagio del marito.

Ha consultato molti medici, che la sottoposero a cure generali e locali. 14 mesi addietro fu operata a Palermo di raschiamento e fognamento uterino, ma senza alcun vantaggio, anzi con peggioramento di tutti i sintomi molesti. Desidera ad ogni costo un'operazione radicale. Notevole dolorabilità alla regione iliaca ed inguinale destra, specialmente verso la linea mediana ipogastrica, meno spiccata a sinistra. Ostio vaginale ristretto, vagina dilatata in alto; utero leggermente lateroverso a sinistra, poco mobile, dolente; orificio esterno dilatato con una solcatura nel labbro posteriore, lascia fluire una certa quantità di muco torbido. Fornici liberi, ma un po' duri; si percepisce l'ovaia sinistra discretamente ingrossata; l'ovaia destra non si riesce a toccare. Verso la parte interna della regione inguinale destra l'inferma avverte un dolore continuo e stirante che cresce nella stazione eretta; in questo punto la dolorabilità alla pressione è intensissima, e la donna dice che il dolore è così forte che le *tocca il cuore*. Esistono tutti gli altri fenomeni caratteristici della salpingo-ovarite e di peritonite pelvica ricorrente.

Non potendosi dunque escludere un processo di tal genere che non si era per nulla modificato con i mezzi curativi messi in pratica sinora da medici e ginecologi che meritano riputazione meritata, ed il sintoma dolore, che non poteva affatto dipendere da una nevrosi generale -- essendosi accentuato più che mai nell'ultimo periodo della malattia, non si poteva opporre un assoluto rifiuto al desiderio insistentemente manifestato dall'inferma, di sperimentare un trattamento radicale atto a diminuire le sue sofferenze e a metterla nelle condizioni di soddisfare alle esigenze della sua posizione economica non agiata.

Laparotomia la mattina del 6 giugno 1891.

Incisione mediana di 5 centimetri, appena sufficiente per introdurre due dita. L'ovaia destra ingrossata quanto una piccola noce e cirrotica, aderisce alla parete addominale in prossimità dell'angolo inferiore della ferita: si distaccano con poca difficoltà le briglie fibrose che la uniscono al peritoneo, in quel punto ispessito; la tromba, allungata e serpiginosa, aderisce all'ovaia. Tromba ed ovaia vengono legati con unico laccio e recisi col coltello di Paquelin.

L'ovaia sinistra ingrossata e dura, come la precedente ha una piccola ciste attaccata con sottile peduncolo, e non presenta aderenze che con la tromba, serpiginosa e più grossa del normale: il picciuolo corto vien trattato allo stesso modo.

Riposto l'utero in posizione normale e abbassato l'epiploon, la ferita vien chiusa con sutura a 3 strati.

Il giorno 20 giugno l'operata viene dimessa, completamente guarita dall'atto operativo e di tutte le sue sofferenze, che non sono più ricomparse.

La mestruazione non si è più presentata, e la donna per qualche tempo si è lamentata di accensioni nervose al capo, fenomeno connesso alla cessazione del tributo mensile.

L'intervento fu, come si vede, pienamente giustificato dal reperto delle trombe e delle ovaia materialmente alterate.

Degno di nota è l'aderenza dell'ovaia destra e della tromba alla parete anteriore dell'addome, proprio nel punto in cui l'ammalata avvertiva più intenso e più intollerabile il dolore.

A parte questa peculiare accidentalità, la lesione era dunque complessa, perchè non solo vi era stata salpingite ed ovarite degenerativa con spostamento, ma ben anco la peritonite pelvica diffusa.

Nè è facile determinare se l'infezione settica, causa costante di tali infiammazioni, abbia agito successivamente o contemporaneamente nei diversi organi.

OSSERVAZIONE XIII.

Ovaro-salpingite purulenta, essudati pelvici di antica data. — Laparotomia esplorativa. — Guarigione.

Longo Maria, di anni 28, da Trapani. Maritata a 18 anni; non sa di essere stata mai contagiata dal marito, sebbene questi abbia le note della sifilide costituzionale. Da quattro anni solamente soffre gravi fenomeni dipendenti dagli organi del bacino, a causa, dice essa, di una forte emozione subita durante il periodo mestruale. Il flusso allora si arrestò di botto; e la donna cominciò ad avvertire accensioni al capo, dolori lombari e addominali, urinazione frequente e sensazione molesta di pondo al perineo. Dopo sette mesi ricomparve la mestruazione per una sola volta, poi cessò del tutto.

Otto mesi fa osservai l'ammalata insieme al dottor Scio, medico curante. Era allora evidente la presenza di un tumore a contenuto liquido, che riempiva il lato destro del piccolo bacino, spostava e fissava l'utero in basso e a sinistra. Fu praticato allora, previa dilatazione della cervice, il raschiamento e la fognatura dell'utero alla Doléris. Si ebbe poco dopo l'uscita di una quantità notevole di materiale puriforme che coincise con la riduzione del tumore e con la diminuzione di tutte le sofferenze. Ma dopo 2 mesi i fenomeni si riaccessero, e questa volta non subirono alcuna diminuzione dalle medesime manovre ripetute sull'utero.

L'inferma, essendo peggiorata, volle sottoporsi all'operazione radicale.

Con l'osservazione combinata si percepisce l'utero abbassato quasi fisso, leggermente lateroverso a sinistra, il fornice destro pieno di una massa indeterminata che non si sposta, connessa all'utero; fornice sinistro inelastico, resistente.

Pel retto si nota l'utero di volume normale, circondato ai due lati da una massa dura indistinta, dolentissima alla pressione.

Laparotomia esplorativa la mattina del 12 giugno 1891.

L'utero è circondato da essudati estremamente tenaci, che comprendono i legamenti larghi, le ovaie, le trombe; nè è possibile distinguere questi organi, ed è inutile qualsiasi tentativo di operazione sugli annessi. Si richiude la ferita addominale.

Quindici giorni dopo l'operata lascia l'ospedale, contenta di aver subita l'operazione, perchè le sue sofferenze sono notevolmente diminuite.

Sino al momento in cui scrivo, lo stato di relativo benessere si mantiene inalterato.

Mi sembra questo un caso dimostrativo di guarigione ottenuto in seguito a semplice laparotomia esplorativa. Se le sofferenze in avvenire si ripresentassero non vi sarebbe che eseguire la isterectomia col processo di Péan - Ségond.

OSSERVAZIONE XIV.

Ematoma pelvico intraperitoneale. — Laparotomia. — Guarigione. (1)

Zangre Francesca, di anni 40. Porta un tumore che dal bacino si solleva a sinistra sino all'ombelico, immobile, irregolare, pastoso.

L'utero, alto, anteposto, aumentato di volume, è circondato e compreso dal tumore; la sonda vi penetra per 9 centimetri.

Malaria cronica, tre gravidanze: la prima a termine, la se-

(1) V. atti della Società italiana di chirurgia, VIII adunanza (ottobre 1891).

conda con parto anticipato, seguito da metro-peritonite ; la terza, dopo otto anni, normale.

Dopo sei anni di mestruazione regolare, senza alcun ritardo, succede una grave metrorragia, (giugno 1891), che non cessò più, e dissanguò l'ammalata, la quale fu portata all'ospedale febbricitante ed in gravissimo stato.

Fatta diagnosi di ematoma pelvico, intraperitoneale, venne praticata subito la laparotomia il 27 agosto 1891. Il tumore era costituito da varie loculazioni piene di sangue, dove aggrumito, dove perfettamente liquido ; il che dimostra i versamenti successivi, in periodi diversi. Guarigione rapidissima.

OSSERVAZIONE XV.

Pelvi-ematoma da gravidanza tubo-ovarica. — Laparotomia. — Guarigione. (1).

Corrao Francesca, di anni 25, da Alcamo. All'età di 21 anno prima gravidanza regolare, a termine, seguita da leggera pelvi-peritonite. Dopo 12 mesi, mestruazione regolare per tre mesi ; seguì ritardo di 20 giorni ; poi altri ritardi mestruali di più breve durata, sino al marzo 1891, in cui insorsero dolori acerbissimi al bacino, specialmente a sinistra, febbre alta, tenesmo vescicale e rettale ; fenomeni che durarono per parecchi giorni, e si riprodussero dopo quattro mesi per non cessare più. Dal primo ritardo mestruale all'atto operativo decorsero 2 anni e mezzo.

La regione ipogastrica è dolentissima alla pressione. Utero abbassato, spinto dietro la sinfisi, immobile, di volume normale ; fornicì sinistro e posteriore pieni. Col riscontro combinato e sotto la cloronarcosi si percepisce un corpo, di consistenza variabile, del volume di due pugni, che riempie lo spazio di Douglas e il parametrio di sinistra.

Diagnosi incerta.

(1) Loco cit.

Laparotomia il 5 settembre 1891. Tumore con varie localizzazioni, a contenuto sanguigno, di densità varia. Nella fossa iliaca sinistra, come nucleo del tumore, si trova un'ampolla, costituita dall'ovaia e dalla tromba, racchiudente un ovulo calcificato.

Decorticazione e lavacro del bacino.

L'operata lascia il letto 12 giorni dopo l'operazione, in ottime condizioni.

OSSERVAZIONE XVI.

Ovaro-salpingectomia normale. — Guarigione.

Ciotta Giuseppa, di anni 33, da Trapani. Da bambina entrò in un reclusorio dove in atto si trova. A 12 anni fu regolata per la prima volta, e stette bene per altri tre anni, poi, in seguito ad una emozione, cominciò a soffrire disturbi dismenorroidici, e andò incontro a denutrizione notevole. La mestruazione talvolta anticipava ed era sempre preceduta ed accompagnata da notevoli sofferenze, le quali andarono via via crescendo in maniera da lasciarle pochi giorni di tregua. Sopravvennero convulsioni isteriche, esacerbantisi in prossimità delle ricorrenze mestruali; in questi periodi i dolori sono così atroci che la giovane abitualmente di carattere dolce e mansueto, perde la conoscenza delle persone che le stanno attorno, si rotola per terra e tenta gettarsi dalla finestra. Dieci anni fa venne sottoposta all'ipnotismo, e curata in questo modo, con notevole profitto, per parecchi anni. Però da due anni a questa parte il beneficio di una tale pratica è completamente cessato.

La nutrizione dell'inferma è profondamente decaduta, la pelle di colorito quasi cereo, il pannicolo adiposo del tutto scomparso. Il dolore alle due regioni iliache è diventato continuo, esacerbantesi a varî intervalli, e con tale intensità e fierezza da riuscire incompatibile con la esistenza. L'uso abbondante dei bromuri e dei narcotici è di una efficacia molto passeggera. La esacerbazione delle sofferenze coincide sempre con l'epoca delle regole, che non mancano mai. Nessun altro disturbo ha mai sofferto la donna nè della motilità nè della sensibilità; e neppure si può ammettere una pre-

disposizione gentilizia alle sofferenze di cui è parola, le quali devono indubbiamente avere la loro sede nelle ovaie. Se siavi o pur no una lesione organica in questi organi non è facile determinare, sebbene essa si debba a priori supporre quando esiste una anormalità di funzione.

La necessità dell'intervento chirurgico, che era ardentemente reclamato dall'inferma, si imponeva, ed era consigliato da tutti i medici che ebbero ad osservarla.

Laparotomia la mattina del 20 marzo 1891.

Incisione mediana di 6 centimetri. L'utero è antiverso, leggermente ingrossato. L'ovaia sinistra aderisce al corno uterino, rivolta in alto, grossa quanto un uovo di pollo, resistente al tatto. Vien legata ed escissa unitamente alla tromba. L'ovaia destra è di volume e consistenza quasi normale, aderisce al legamento largo ispessito, e alla tromba allungata, iperemica, serpigginosa e aderente anch'essa al legamento largo. Vengono asportate.

L'utero è riposto in posizione normale e la breccia addominale chiusa con tre ordini di sutura. Medicatura con garza all'iodoformio.

All'ottavo giorno la ferita è completamente aderita ; ed appare una scarsa quantità di sangue in vagina, che si mantiene per parecchi giorni.

Il 7 aprile l'operata lascia guarita l'ospedale.

Dopo 40 giorni all'atto operativo si presentò il flusso mestruale, e sino ad oggi periodicamente non è mancato. E' in quantità più scarsa, ed accompagnato da molimine meno molesta dell'ordinario. Solo due volte in questo periodo di nove mesi la mestruazione non è stata accompagnata da dolori. In sostanza, i fenomeni molesti sono di molto attenuati, ma non scomparsi ; e la mestruazione perdura col suo tipo ordinario.

Il fatto che l'artificio chirurgico non induce la menopausa nè la cessazione completa dei fenomeni isterici non è nuovo ma piuttosto raro, e in questo caso degno di molta considerazione, perchè non si tratta evidentemente di quelle nevrosi che prendono origine da alterazioni minime ed inapprezzabili degli annessi uterini, in que-

sto caso le ovaia e le trombe erano sede di lesioni organiche di molta entità. Quali erano dunque i rapporti tra la flogosi cronica che determinò le dette alterazioni, e la nevrosi isterica e soprattutto il sintoma dolorifico della regione ovarica ? E quale è l'ipotesi che meglio si presta a spiegare la persistenza della mestruazione, quella del Tait che fa dipendere il fenomeno da uno speciale adattamento di abitudine dell'endometrio, o quella degli stimoli nervosi che per avventura possono agire sulla eccitabilità delle parti residue dell'apparecchio genitale ? Ecco una serie di domande alle quali non mi sembra che si possa dare conveniente risposta, allo stato attuale delle nostre conoscenze.

Dal punto di vista operativo, non posso affermare che l'ablazione delle ovaia e delle trombe ammalate non abbia esercitato una azione benefica sulla inferma : il dolore iliaco, anche alla pressione, è nel periodo intermestruale intieramente cessato ; ma riappare nell'epoca mestruale, sebbene in proporzioni minori ed è da attribuirsi allo stato iperemico che si determina in quell'epoca nei legamenti uterini e nel peritoneo pelvico, ed anche alla squisitezza nervosa dell'ammalata. Del resto il periodo trascorso è troppo breve perchè si possa emettere un giudizio definitivo sul caso in quistione.

OSSERVAZIONE XVII.

Ciste da echinococco degli annessi uterini di sinistra. — Guarigione.

Schisano Carmela, di anni 26, da Trapani. Di buona costituzione. Maritata a 23 anni, ebbe una prima gravidanza, che decorse regolarmente ; ma il parto a termine fu eccessivamente difficile, e richiese l'intervento di due ostetrici, che riuscirono, con molto stento, e durante la cloronarcosi, ad estrarre, col forcipe, un feto di forme e sviluppo regolari, morto durante le manovre per l'estrazione. Il puerperio decorse morbosamente ; e lasciò l'inferma tormentata da una sensazione di pondo al retto e dal bisogno frequente di mingere.

Dopo cinque mesi restò nuovamente incinta, e sin dai primi mesi della gestazione potè la donna stessa palpare un tumore abbastanza voluminoso che dal lato sinistro del bacino si elevava al di sopra dell'inguine, e distinto dal fondo dell'utero.

Col decorso della gravidanza l'addome divenne eccessivamente voluminoso, e negli ultimi mesi i fenomeni di compressione erano così intensi che la donna non poteva stare nè in piedi, nè seduta, e lo stesso decubito in letto le riesciva penoso.

Il dottor Scio, che visitò l'inferma pochi giorni prima del parto, potè agevolmente riconoscere il tumore, che, procedendo dal lato sinistro del bacino, sospingeva a destra l'organo gestante.

Nel momento del parto vidi anch'io l'ammalata: l'utero si presentava molto alto, sebbene il collo fosse scomparso e l'orificio completamente dilatato; il tumore si presentava pel primo al dito esploratore sospingendo in basso la parete sinistra della vagina. Il dottor Scio riesce ad applicare il forcipe, mentre io, infossando fortemente le mani al pube, rispingo in alto l'utero col prodotto del concepimento, unitamente al tumore, in maniera da disimpegnare questo dal bacino e lasciare libero campo alla discesa del feto, che in tal modo potè essere estratto vivo.

Il secondamento avvenne poco dopo con la spremitura, l'utero si ridusse, e il tumore apparve, in modo non dubbio, connesso a quest'organo.

Il puerperio fu normale. Restarono i soliti fenomeni di compressione sugli organi pelvici.

Quattro mesi dopo lo sgravio, insorsero dolori urenti 4 dita al di sopra dell'inguine sinistro; la pelle si arrossì, e, trascorso qualche giorno, da una piccola apertura formatasi, venne fuori, prima un po' di pus, e poi una discreta quantità di liquido limpido, cedri-no, che continuò a fluire a periodi da quella fistola.

Quando la donna ricoverò all'ospedale il tumore deprimeva sempre il lato sinistro della vagina, ed il suo fondo si elevava per 13 centimetri dalla piega inguinale.

18 gennaio 1891. Incisione verticale sul tragitto della fistola, per la estensione di 7 centimetri. Appena incisa la cute, sfuggono

dal forame fistoloso, insieme a liquido siero purulento, molte cisti da echinococco di varia grandezza, alcune delle quali contengono delle capsule embrionali. Procedendo nella incisione dei tessuti, si afferrano con una pinza larga di Péan i margini della apertura, e scoperta in alto la ciste si riesce delicatamente a staccarla dalla parete addominale e a tirarla fuori, ma solo in parte; esistono in basso fitte aderenze col peritoneo pelvico e con alcune anse intestinali. Svuotata allora completamente la ciste, si escide la porzione della saccoccia fuori uscita, e si sutura la porzione rimasta all'angolo inferiore della ferita addominale. Viene quindi applicato un grosso tubo da fognamento, dal quale, per parecchi giorni, continuarono ad uscire piccole cisti.

Dopo 40 giorni l'ammalata potè lasciare l'ospedale, portando un piccolo tragitto fistoloso, dal quale esce piccola quantità di liquido purulento.
