STORIA DI CINQUE LAPAROTOMIE

pel

DOTT. A. TURRETTA

CHIRURGO PRIMARIO DELL'OSPEDALE CIVICO DI TRAPANI

Estratto dalla Sicilia Medica
(ANNO II, FASCICOLO III-IV)

STORIA DI CINQUE LAPAROTOMIE

pel

Dott. A. Turretta

CHIRURGO PRIMARIO DELL'OSPEDALE CIVICO DI TRAPANI

Peritonite cronica incistata — Laparotomia, guarigione duratura.

Il caso di cui imprendo brevemente la storia mi sembra di una speciale importanza clinica, e porta un contributo alla quistione della laparotomia nella peritonite cronica non tubercolare.

Se dopo le recenti pubblicazioni, e specialmente dopo il lavoro di Kümmel, l'utilità della laparotomia nella peritonite tubercolare è generalmente riconosciuta, non è ancora pienamente fornita la dimostrazione del vantaggio duraturo che può recare l'intervento chirurgico in quei casi di peritonite incistata, nei quali molti tentativi di cura sono riusciti infruttuosi.

Le pubblicazioni del Galvagni, del Liebermeister, del Vierordt, e la recentissima del Molinari, che raccolse alcuni casi nei quali potè farsi l'autopsia cadaverica, hanno messo fuori dubbio la possibile esistenza di una peritonite cronica essudativa idiopatica. E sebbene in questa malattia la guarigione sia la regola, tuttavia è anche dimostrato che gli infermi possono morire, sia per

ripetizione del processo in altre sierose, sia pel sopraggiungere della tubercolosi. Non vi ha dubbio che nel più gran numero dei casi di questa malattia il lungo aspettare e i sussidi terapeutici pazientemente adoperati conducono alla guarigione. Ma si danno dei casi nei quali, non solo persiste una serie di fenomeni che lascia sempre in forse sulla giustezza della diagnosi, ma pei quali ben anco tutte le pratiche curative riescono infruttuose.

Trattasi di una giovane da Castellammare del Golfo, di anni 18, certa Navarra Caterina di Pietro e di Sebastiana Bologna. I suoi genitori sono viventi, ma in condizioni di salute poco lodevoli ; poichè il padre è in preda a cachessia palustre ed impossibilitato a muoversi per vaste ulcerazioni alle gambe consecutive a periostite delle tibie ; e la madre, che ha l'aspetto sano, sofferse nella giovinezza alcune ulcerazioni sospette alla retrobocca e al palato molle che lasciarono in questo una perforazione.

E' alta di statura, con buono sviluppo scheletrico, ma con muscoli sottili e pannicolo adiposo scarsissimo. Molto pallida ed emaciata, ha l'aspetto assai sofferente.

Da quattro anni soffre di un malessere indeterminato e di dolori vaganti in tutto l'addome che s'irradiano alla spalla sinistra. Questi dolori la obbligano bene spesso a letto e la rendono inabile a qualsiasi occupazione ; sono divenuti più intensi da due anni in qua, allorchè, entrata nel 16° anno, ebbe la prima mestruazione.

Il tributo mensile, molto scarso, fu regolare nel periodo per la durata di sei mesi ; si arrestò per ricomparire dopo una pausa di sei mesi ; trascorsi altri quattro mesi si arrestò del tutto, nè è più ricomparso. In questo frattempo la giovane contrasse le febbri palustri, che valsero a far peggiorare notevolmente le condizioni della sua salute.

Intanto il volume dell'addome era andato lentamente crescendo, specie nella parte superiore, il che le cagionava voglie frequenti di mingere e la preoccupava fortemente.

L'addome presenta una forma caratteristica : leggermente depresso all'epigastrio e agl'ipocondri, è tondeggiante nel segmen-

to inferiore, dall'ombelico in giù. Le escursioni respiratorie sono normali. Colla percussione si riscontra una zona di ottusità, che parte dal pube e dalle arcate di Poupart, e si estende in alto, per una linea marcatamente arcuata a convessità superiore che arriva sino a due centimetri sotto la cicatrice ombelicale e scende in giù ai due lati delle spine iliache, dove la risonanza è ipofonetica. La linea di ottusità non varia col cambiare posizione dell'ammalata, nè coll'infossare il plessimetro, deprimendo la parete addominale. La pressione riesce alquanto dolorosa, non solo nell'arca di ottusità, ma anche per una zona circostante a questa. L'onda di fluttuazione non presenta un'intensità uniforme, nè si percepisce egualmente in tutti i diametri del tumore : non è chiara fra le due regioni aliache, ma battendo leggermente immediatamente al di sopra dell'arcata di Poupart si propaga un'ondata, la quale si avverte chiaramente dalla mano applicata su tutta la zona di ottusità sopra descritta.

Il riscontro per vagina non è concesso, trattandosi di donna vergine con imene resistente.

Pel retto si nota una certa tensione eguale in tutti i sensi, alquanto dolorosa, il fiotto poco distinto.

L'ammalata dice di avvertire, a quando a quando, una sensazione molesta di calore in tutto il bacino e all'ipogastrio, e fitte lancinanti che s'irradiano all'ipocondrio sinistro ; in quei periodi il bisogno di mingere si fa frequente.

Attribuisce la causa de' suoi mali alla irregolare e soppressa funzione mestruale.

Nulla di notevole in altri organi, tranne un lieve aumento nel volume della milza. Polmoni sani ; nessun indizio d'irritamento di altre sierose.

Si sottopone l'inferma a cure ricostituenti, al riposo assoluto in letto, e si praticano larghe pennellazioni di tintura di iodio all'ipogastrio ; più tardi si ricorre all'ioduro di potassio. Dieta speciale, prevalentemente lattea.

Dopo circa due mesi di cure nell'ospedale, le condizioni dell'ammalata erano presso a poco le stesse, dal punto di vista special-

mente dei fenomeni obbiettivi : immutati i limiti della corona timpanica attorno all'area di ottusità del basso ventre ; la dolorabilità della regione meno marcata, e meno frequenti gli accessi dolorosi irradiantisi a tutto l'addome. Persiste l'assenza di qualsiasi indizio di affezione in altri organi e in altre sierose.

Lo stato generale della giovane non è gran fatto migliorato.

Io non mi dilungherò sulle considerazioni che mi tenevano in un certo stato di dubbiezza nello stabilire una diagnosi precisa. Sebbene, tutto considerato, le maggiori probabilità fossero per una peritonite cronica idiopatica incistata, tuttavia non potevano completamente eliminarsi alcuni dubbi sulla possibile esistenza di una affezione degli annessi dell'utero, i quali dubbi erano giustificati dal carattere poco determinato di alcuni fenomeni, dalla lunga durata della malattia, quattro anni, e dalla sua persistenza al trattamento curativo sinora adoperato.

E poichè l'inferma desiderava che si venisse ad un temperamento decisivo per liberarla dalla sua malattia, l'indicazione di un intervento chirurgico, se non altro a scopo esplorativo, parve a me e ai colleghi che osservarono ripetutamente l'inferma, abbastanza giustificata. D'altra parte i vantaggi della laparotomia nella peritonite tubercolare vengono continuamente dimostrati da nuovi fatti, e l'opinione prevalente è che una tal pratica agevoli la tendenza che ha il tubercolo alla trasformazione fibrosa.

Ora l'ipotesi di una peritonite tubercolare non poteva con sicurezza scartarsi nel caso nostro ; e, nella più benigna ipotesi, esisteva da parecchi anni una peritonite cronica che aveva prodotto molte aderenze e generato uno stato di cachessia ribelle a tutte le pratiche curative. L'esperienza clinica ha dimostrato che anche nei casi d'intervento per alterazioni anatomiche delle trombe che non richiesero poi l'asportazione, la laparotomia riescì a combattere la infiammazione peritonitica e a produrre la guarigione.

Per queste riflessioni, previo il consenso esplicito dell'ammalata e de' suoi parenti, io mi risolvetti ad eseguire la laparotomia, che fu praticata il giorno 15 settembre 1888 alle ore 10 ant.

Precauzioni antisettiche le più rigorose. Incisione di sei centimetri nella linea alba ; tessuto sottoperitoneale considerevolmente ispessito e resistente al taglio ; impossibile isolare il foglietto peritoneale che aderisce molto intimamente ai tessuti incisi. Praticato un piccolo occhiello, vien fuori un liquido sierofibrinoso, trasparente, color marsala, della quantità di circa 250 grammi. Completando l'incisione del peritoneo e prolungandola un poco in basso si constatano le condizioni seguenti. Il pacchetto intestinale rialzato forma, con le anse inferiori del tenue una volta perfettamente regolare, a convessità superiore molto marcata, la quale si termina ai due lati della escavazione pelvica ; le anse che costituiscono la volta aderiscono in avanti, con briglie fibrose abbastanza resistenti, al peritoneo parietale. Posteriormente i foglietti del mesenterio aderiscono in modo da contribuire in buona parte a questa speciale disposizione. Il liquido è contenuto in uno spazio saccato, circoscritto in avanti dalla parete addominale, in alto ed in avanti dalle anse inferiori del tenue, le quali, essendo tutto il pacchetto rialzato, costituiscono una volta perfettamente regolare rivestita di scarse membrane fibrinose. Tanto il peritoneo della parete, quanto quello delle intestina è ingrossato in corrispondenza della essudazione, con superficie rossiccia e ruvida ; il resto del peritoneo, in alto al di là della ciste, non ha partecipato gran fatto a questo processo ; e si presenta di aspetto quasi normale, per quella estensione che è permesso di osservare. Il limite inferiore dello spazio saccato è costituito dalla pelvi ; la vescica aderisce solamente in basso, al corpo dell'utero, il quale è di volume normale, un po' molle, ed è saldato, a mezzo di lasche briglie, al retto. Le tube e le ovaja leggermente rivestite di fibrina, ma poco alterate. Nessuna traccia di tubercoli.

Lavaggio della sacca cistica con soluzione fenata all'1 %. Con le spugne procuro di portare fuori gli strati di fibrina che la tapezzano. Riunione della ferita addominale con cinque punti di sutura profonda e 9 superficiali. Applicazione della medicatura al sublimato.

L'operazione durò 20 minuti e decorse senza incidenti di sorta.

Il corso ulteriore fu dei più benigni. Solamente la sera del primo giorno la temperatura salì a 38°,2 ; poi ritornò al normale. Al 10° giorno l'operata si alza, e al 16. ritorna al suo paese. L'addome non è più dolente ; e non si riscontra alcuno dei fenomeni che esistevano prima dell'operazione.

Sono decorsi ormai 15 mesi e l'affezione non si è più riprodotta. La giovane si conserva un po' magra e pallida ma non accusa sofferenze notevoli all'addome.

Io sono ben lontano da voler trarre alcun corollario da questa semplice osservazione. Ma la laparotomia in casi di peritonite incistata è ancora nel suo periodo di discussione, sopratutto dal punto di vista del vantaggio duraturo ; ognuno è nel dovere di portarvi il contributo della propria esperienza, per quanto limitata ; e non vi ha dubbio che il risultato soddisfacente da me ottenuto viene in sostegno dell'opinione di Prochownick (Deutsche med. Wochenschrift n. 24, 1889), e di altri chirurgi in tale quistione.

Cisti intralegamentosa dell'ovajo destro
Laparotomia-guarigione

La Rosa Antonina di Nicolò e di Paola Aleo, di anni 47, da Calatafimi. Costituzione robusta, aspetto poco sofferente. Il padre le morì di affezione cardiaca, ed una sorella tuttora col vivente, è affetta di cancro ulcerato dell'utero. Ebbe a 13 anni il primo tributo mensile, che fu poi sempre regolare per periodo, quantità e durata sino all'epoca dell'attuale malattia. Maritata a 18 anni, ebbe dopo dieci mesi un parto a termine, e dopo la morte del marito menò vita libera, ed ebbe, di due in due anni, altre quattro gravidanze, delle quali una abortiva.

Ricorda di avere sofferto, all'età di 12 anni, un dolore alla regione ovaro destra con diffusione alla coscia. Sette anni fa questo

dolore si manifestò molto più intenso e s'irradiò a tutto il basso ventre, accompagnato da vomiti e stitichezza ostinata. Fu a mal partito per circa 20 giorni ; poi guarì ed ebbe, dopo quattro mesi, un lieve accenno della medesima malattia. Però da quell'epoca cominciò a notare un aumento notevole e progrediente del volume del ventre che raggiunse ben presto le proporzioni attuali ; e le mestruazioni si fecero irregolari, qualche volta abbondantissime.

Addome molto disteso da un tumore tondeggiante, equabile, grosso più che gravidanza a termine ; gode di una certa spostabilità.

Fluttuazione chiara da per tutto, nulla di notevole alla percussione. Utero depresso e poco mobile. Solo dal fornice destro si raggiunge il tumore, e si percepisce una fluttuazione indistinta.

Diagnosi — Ciste uniloculare destra, probabilmente del ligamento largo.

24 agosto 1887. Coopera il dott. Scio, assistono i dottori Isca, Guarnotta, Orbosuè, sono presenti i dottori Lampiasi, Solina. Incisione sino a un centimetro sotto la cicatrice ombelicale.

L'epiplon ispessito copre e aderisce al tumore ; nelle manovre per iscollarlo questo si rompe, e lascia colare circa 20 litri di liquido tenue, giallognolo. La ciste aderisce in alto largamente all'epiplon, e per circa 20 centimetri con una ansa intestinale. Occorrono circa 12 legature al categut per liberare la mettà superiore della ciste e portarla fuori ; ma fatto questo, si trova che il suo fondo è nel pavimento pelvico, di destra, compreso fra le pieghe del ligamento largo, e che aderisce in avanti tenacemente al peritoneo della parete addominale. Riesco con adatte manovre a sgusciare la cisti degli attacchi posteriori e liberarla, mercè legature, dalle briglie tenaci e peritoneo pelvico, in modo da portar fuori quasi per intero il cavo cistico snocciolandolo dal suo involucro ; restano le aderenze del connettivo pericistico con la parete ant. dell'addome, che non mi è possibile distaccare completamente, che raccolgo in unico picciuolo, il quale viene a corrispondere a pochi millimetri

dall'angolo inferiore della ferita ; lego questo picciuolo, lo caustico col Paquelin.

Compiuta diligentemente la toeletta del peritoneo, riunisco il margine della ferita addominale con sette punti di sutura profonda e cinque superficiali, ed applico la solita medicatura antisettica.

Durata dell'operazione 70 minuti.

L'operata si svegliò abbastanza tranquilla, ed ha qualche conato di vomito che aumenta nelle ore successive.

Il decorso ulteriore fu senza gravi incidenti ; la temperatura raggiunse il massimo di 39° nella sera del secondo e terzo giorno, si mantenne al di sopra del normale sino alla sera del 10. L'ammalata fu per alcuni giorni molestata da una tosse ostinata dipendente da catarro delle prime vie bronchiali.

La ferita aderì solidamente, ma nell'angolo inferiore si formò una piccola chiazza di mortificazione superficiale grande poco meno di 1/2 centesimo, e dopo il distacco di questa continuò per 50 giorni a venir fuori da un forellino fistoloso piccolissimo una secrezione di pus tenue, che, molto probabilmente, proveniva dal picciuolo, e dopo quel periodo l'operata, che era di già ritornata al suo paese in istato di completo benessere, venne da me a farsi vedere : in quel punto la cicatrice era leggermente infossata ad infundibolo.

Le mestruazioni si sono presentate qualche altra volta ma con periodo irregolare.

L'utero ha conservato la posizione che occupava prima dell'atto operativo, ma è leggermente rialzato.

Miofibroma sottoperitoneale e interstiziale dell'utero. Ambutazione sopravaginale. Morte.

Savona Caterina, di anni 40, da Trapani. Perdette il padre all'età di 42 anni per emorragia cerebrale, e la madre ancor giovane per una malattia non ben definita che produsse idrope ascite.

Entrò, sin dall'età di sette anni, in un reclusorio, dove in atto esercita l'ufficio di superiora.

Mestruata a 12 anni, e poi sempre con una certa regolarità, in quanto a periodo e durata, sino all'età di 38 anni.

Però sin dai primi anni il flusso catameniale era quasi sempre accompagnato da fenomeni bronchiali a tipo asmatico, con catarro che durava parecchi giorni. All'età di 20 anni cessò, ma non del tutto, quel fenomeno molesto ; perocchè rimase una certa disposizione a catarri bronchiali ad ogni piccolo mutar di temperatura.

L'ammalata fa rimontare l'incominciamento del tumore a due anni addietro.

In quell'epoca essa, senza cause apprezzabili, si accorse di una irregolarità nelle funzioni mestruali, che venivano spesso ogni 15 giorni assumendo qualche volta il carattere di metrorragia ; e poco dopo cominciò ad avvertire una sensazione di ripienezza al basso ventre, dolori lombari e bisogno frequente di mingere, anche nella posizione orizzontale. Le sue sofferenze sono notevolmente aumentate nel corso di due anni.

Donna di mediocre costituzione e temperamento linfatico, molto denutrita e pallida per le continue perdite sanguigne. Nello addome si vede subito un sollevamento ovoidale che dal pube sorpassa di due dita trasverse la cicatrice ombelicale, è un tumore che ha la forma di un ovoide irregolare, dal polo ampio in alto ed un poco a sinistra, duro, liscio, spostabile in senso orizzontale, pochissimo verticalmente, connesso all'utero, che notevolmente ingrossato riempie il piccolo bacino ; la zona iliaca destra è in parte occupata da una massa dura, bitorzoluta, poco mobile, che fa corpo coll'utero. Quest'organo ha la sua porzione vaginale lunga circa tre centimetri e appiattita. Fornici anteriore e laterali pieni, specialmente il destro.

La sonda penetra nell'utero per 8 centimetri. Colla osservazione combinata si constata che il tumore addominale si continua con la massa uterina, la quale ne segue i movimenti di lateralità, ma è pochissimo spostabile in senso verticale ; spingendo fortemente col dito in vagina si riesce a sollevare il tumore in massa.

Misurazioni:

Circonf. add. all'ombelico	centim.	80
Circonf. add. due dita sotto l'ombelico	»	88
Verticale dal pube all'ombelico	»	18
» al fondo del tumore	»	23
» alla cartilagine ensiforme	»	35
Diametro trasversale del tumore in superficie	»	18
Obliqua dal pube alla sp. il. a. sup. d.	»	16
» » » » s.	»	17

Gli altri organi addominali e toracici sembrano normali, meno il cuore che è un po' ingrandito nel suo diametro trasverso, e lascia percepire il secondo tono sull'aorta velato e poco distinto.

Il polso dà nello stato normale 86 battute, e la respirazione 24. Sicchè non si può escludere una leggiera insufficienza delle semilunari con incipiente degenerazione del miocardio.

Durante i pochi giorni di degenza nell'ospedale l'ammalata ha avuto dei leggieri rialzi di temperatura, che si attribuiscono ad indisposizione reumatica.

Diagnosi: *Miofibroma sottoperitoneale e interstiziale dell'utero, con invasione del legamento largo di destra.*

La mattina del 19 novembre 1887 si procede alla isterectomia sopravaginale.

L'ammalata era stata prima ripetutamente purgata, e si erano prese tutte le più rigorose precauzioni antisettiche. La stanza di operazione era stata precedentemente lavata nelle pareti, nella volta, nel pavimento, con soluzione di sublimato corrosivo al 2 $^0/_{00}$ e quindi sottoposta per 48 ore ai vapori di acido solforoso. Tutti gli oggetti che devono venire in contatto con l'operanda avevano subito lo stesso trattamento. Gli strumenti chirurgici sottoposti ripetutamente alla temperatura di 160° e quindi immersi in soluzione fenicata al 5%.

Funzionano due potenti nebulizzatori con soluzione fenicata al 10%.

Dirige l'anestesia cloroformica il Dottor Isca, coadiuvano il Dottor Scio e il Dottor Orbosuè. Sono presenti il Dottore Lampiasi, dirigente dell'ospedale, e i dottori Solina, Ricevuto.

Incisione mediana da 3 centimetri sul pube sino alla cicatrice ombelicale.

Introdotta la mano nel cavo addominale si trova il tumore libero da aderenze, ma riesce impossibile portarlo fuori ed è mestieri prolungare l'incisione per tre centimetri, oltre l'ombelico : il tumore, di forma ovaidale, si continua con la massa uterina a mezzo di un grosso picciuolo appiattito, e molto vascolare, con gittate fibrose sui lati dell'organo, come una continuazione del legamento largo di sinistra. L'utero molto ingrandito e deformato invade parte del legamento largo di destra, il suo fondo è sparso di grossi vasi venosi ; le trombe leggermente ectasiche, l'ovaia destra piccola e dura, la sinistra non si vede.

Con forti trazioni e torsioni da sinistra a destra riesco a portar fuori quest'organo ; pratico la doppia legatura dei legamenti larghi, e dopo di essermi assicurato, col catetere in vescica, della mancanza di aderenze, passo attorno al picciuolo uterino un robusto laccio elastico, il quale viene legato nel punto di incrocio con un forte filo di seta, senza altri attorcigliamenti. Trasfissione trasversale del peduncolo con l'ago attraverso la linea di costrizione ; taglio di tutta la massa del tumore 3 centimetri in sopra della legatura.

Pratico la sutura del collaretto peritoneale, alla Hegar, attorno il picciuolo ; e riunisco la ferita addominale con nove punti di sutura profonda e cinque superficiali.

Il tumore asportato costa di due parti : uno è piccolo, fibroso, grosso quanto una testa di piccolo feto, mobile ; procede dal foglietto del legamento largo di sinistra, ma sta attaccato al fondo dell'utero, col quale ha poche fibre in comune, mediante un largo peduncolo molto ricco di vasi. Il tumore inferiore è costituito da miofibromi multipli a sede interstiziale uno dei quali protubera, a guisa di una castagna, nella faccia posteriore dell'utero — Lo spaccato dell'utero lascia vedere la sezione trasversale caduta in corrispondenza dell'orificio interno, e la cavità dilatata e ripiena da un

grosso miofibroma sottomucoso, a largo e corto peduncolo, impiantato, verso il fondo, nella parete destra dell'utero.

L'atto operativo durò un'ora e 20 minuti.

Il decorso successivo è il seguente :

Appena sveglia l'ammalata si lamenta di forti dolori al peduncolo. Morfina 1 centig. per iniezione ipodermica.

19. Ore 12 m. T. 37,2, P. 130, R. 32. Si tolgono col catetere 225 grammi urina.

Ore 8 p. T. 38,4, P. 130, R. 28. Si riaccende il dolore al peduncolo, e si pratica una seconda iniezione di morfina.

20. Ore 1 a. T. 38, P. 130, R. 28.

Ore 7 a. T. 37,7, P. 120, R. 26. Ha riposato qualche ora tranquillamente, non accusa grandi sofferenze. — Si toglie sempre l'urina ogni 4 ore.

Ore 1 p. T. 37,8, P. 125, R. 26. Accusa tenesmo alla vescica, e durante i premiti emette l'urina ; non ha vomito nè dolori addominali.

Ore 3 p. T. 38, P. 130, R. 28. Accusa dolore al peduncolo. e uno de' miei assistenti pratica, durante la mia assenza, una iniezione di morfina — la terza in 26 ore.

Dopo alcuni minuti subentra un leggiero stato apatico che va gradatamente crescendo ; l'ammalata diviene sonnacchiosa, e via via è presa da coma, dal quale non si riesce a scuoterla che con forti stimoli : apre gli occhi, dice di sentirsi male e ricade nel sonno. I prolabbi diventano cianotici, la fisonomia accesa, i muscoli rilasciati, i polsi piccolissimi e fugaci. Iniezioni ipodermiche di etere, di tintura di muschio, di caffeina non riescono ad eccitare il cuore ; si ricorre inutilmente alla faradizzazione del nervo frenico al collo e alle inalazioni di ossigeno, alla respirazione artificiale. Tutto ciò non vale ad arrestare la paralisi cardiaca e respiratoria. L'ammalata muore alle ore 8 pom., 35 ore dopo l'atto operativo.

Autopsia — Addome depresso e senza traccia di meteorismo. Tolti i punti di sutura, bisogna distaccare le lievi aderenze peritoneali già iniziate fra i due foglietti parietali, per riaprire la ferita e penetrare nell'addome. Nelle stesse condizioni si trova il colla-

retto peritoneale attorno al moncone. Nessuna goccia di sangue o di trasudato nel focolaio dell'operazione ; peritoneo lucido, normale.

Meningi congeste con i seni pieni di sangue.

Muscolo cardiaco flaccido, con incipiente degenerazione grassa, cavità dilatate ; i pizzi delle semilunari non combaciano perfettamente.

Non vi ha, secondo me, alcun dubbio che l'insuccesso è, in questo caso, dovuto all'azione della morfina (*meconismo acuto*) la quale, come è naturale, esercitò la sua azione paralizzante in maniera esagerata attese le condizioni del muscolo cardiaco flaccido ed in parte degenerato.

Salpingo-ooforectomia per piosalpingite doppia. — Guarigione.

Oliveri Caterina, di anni 24, coniugata, da Castellammare del Golfo. Di costituzione piccola e delicata. Nessun precedente degno di nota. Mestruata per la prima volta a 18 anni, prese marito un anno dopo ; ma il flusso catameniale che era stato regolare, sebbene accompagnato spesso da notevoli sofferenze, subì un ritardo di dieci giorni sei mesi dopo il matrimonio ; poi ricomparve, in quantità più abbondante, e non è mai mancato.

Sin dai primi mesi della vita matrimoniale cominciò a soffrire una serie di fenomeni assai molesti : sensazione di peso e di bruciore al basso ventre, vampe nervose, dolori lombari : spesso ricavava sollievo dai cataplasmi freddi. I rapporti sessuali riescivano dolorosi. Dopo la comparsa della mestruazione, che seguì al ritardo di dieci giorni, le sofferenze si aumentarono ; si aggiunsero dolori alla sinfesi pubica, alla vescica e alla regione inguinale destra, con intormentimento della coscia che le impediva spesso di stare ritta in piedi, stirature ai lombi, sensazione di peso alle pudenda, bruciore alla minzione, coprostasi ostinate.

Da due anni in qua la donna si accorse di un tumoretto, molto

dolorabile al toccamento, al di sopra dell'inguine destro, e ben presto fu colta da frequenti accessi di doglie che dalla fossa iliaca sinistra si estendevano a tutto il basso ventre, cagionandole ambascia, vomitazioni, qualche volta vero vomito e incontinenza del cibo e delle bevande. La defecazione divenne stentata e dolorosissima, i rapporti sessuali assolutamente insopportabili.

Se si toglie quel ritardo di dieci giorni, la mestruazione *non è stata mai interrotta,* nè le sofferenze si aumentarono mai durante il periodo mestruale.

Solo *un anno dopo* la comparsa del tumoretto al di sopra dell'inguine destro l'ammalata si accorse di un leggiero flusso purulento che veniva di tanto in tanto ai genitali, e che durò per alquanti mesi ; prima di quell'epoca *giammai* aveva notato qualche cosa di consimile. Questa data difatti è da tenersi in conto, per le considerazioni che potranno farsi intorno alla causa della malattia in quistione.

Nell'addome, un po' depresso, si nota, con la semplice ispezione, una intumescenza della grossezza di una piccola noce tre centimetri al di sopra della piega inguinale destra ; al primo toccamento dà l'idea di un tumoretto sotto cutaneo ; ma, a pareti addominali rilasciate, riesce facile spostarlo in basso ed anche in alto, verso la linea mediana, e allora esso si approfondisce nel bacino. Nella fossa iliaca sinistra si palpa profondamente un tumore, più voluminoso di quello ora descritto, di forma un po' allungata e schiacciata, quasi totalmente fisso nel bacino.

Per vagina, l'utero piccolo, abbassato, immobile in direzione verticale, pochissimo mobile lateralmente, addossato al pube e spostato verso destra.

Fornici sinistro e posteriore pieni di una massa elastica, e molto dolorabile alla pressione. Spingendo fortemente il dito in alto si avverte la sensazione di un crepitio, e con l'osservazione combinata, si percepisce nettamente il tumore, al quale si può imprimere una ben limitata rotazione sul proprio asse ; è di forma bislunga, a superficie irregolare, un po' schiacciato ed elastico, e riempie tutto lo spazio rettouterino e porzione della fossa iliaca sinistra, alla

quale è lascamente attaccato. Fornice destro molto piccolo, a cagione dello spostamento dell'utero ; da questo lato non si riesce a toccare nulla, però i movimenti impressi al tumore che si palpa al disopra della piega inguinale si comunicano all'utero, le di cui connessioni col tumore di sinistra sono anche apprezzabili.

Pel retto si constata la presenza del tumore voluminoso ed elastico che ne deprime fortemente la parete anteriore, il dito non arriva a toccare i limiti superiori della intumescenza.

Le manovre fatte per un esame minuto suscitano sempre fenomeni di peritonite circoscritta.

Diagnosi: *tumori delle trombe, probabilmente a contenuto purulento.*

Mi decido per la laparotomia, anco perchè l'inferma reclamava con la maggiore insistenza l'intervento chirurgico.

L'atto operativo vien praticato il giorno 10 aprile 1889, alle ore 11 antimeridiane.

Mi assiste direttamente il dottor Scio, sovrintende al cloroformio il dottor Isca, coadiuvano i dottori Guarnotta e Orbosuè, presenziano i dottori Solina e Ricevuto.

Incisione sulla linea alba da 3 centimetri sul pube, sin presso l'ombelico. L'epiplon si presenta all'apertura e aderisce in basso verso il pube ; lo distacco con qualche difficoltà e lo ricaccio in alto, assieme agli intestini. Dietro dell'utero, molto piccolo, si palpa un tumore, di consistenza elastica, che occupa tutto il cavo del Douglas e la fossa iliaca sinistra ; è completamente aderente ; arrivo a distaccarlo, lacerando con le dita le molteplici aderenze, e a portarlo verso il campo dell'operazione. In questo momento un fiotto di pus sfugge dalla parte acuminata del tumore e imbratta gl'intestini.

E' la tromba notevolmente dilatata ed allungata, con l'estremo fimbriato ancora pervio, in modo da lasciare sfuggire il pus sotto la pressione. Il tumore si continua con l'ovaia e col legamento largo ispessito. Dopo aver piazzato due doppie legature in basso, mi riesce d'isolare il tumore, che si restringe notevolmente in vici-

nanza del corno uterino : lo recido, previa legatura, e caustico col Paquelin la superficie di sezione, sino a produrre un'escara spessa.

Il tumore di destra ha una posizione inversa a quello descritto : esso si presenta come un'ansa intestinale curva, a convessità verso la fossa iliaca, con l'apice rivolto in alto ed in avanti. La base di questo tumore aderisce all'ovaio ed è compresa tra i foglietti del legamento largo molto ispessito, e si attacca a tutto il bordo destro dell'utero. Con grave difficoltà, pratico due legature in doppio sulla porzione residuale del legamento largo, in modo da liberare il tumore dagli attacchi col bacino e avvicinarlo al campo della ferita addominale. Posso così, aiutato dalla vista, rendermi esatto conto dei rapporti che ha il tumore con l'utero : è la tromba considerevolmente allungata e dilatata da un contenuto liquido ; la pungo con un mezzano tre-quarti Potain, e la svuoto in tal guisa di un'abbondante quantità di pus denso, che esce con difficoltà. Ma durante queste manovre per effetto dello stiramento, una piccola crepaccia si verifica nella parete posteriore della ciste, e anche questa volta una certa quantità di pus imbratta gl'intestini. La dilatazione della tromba è specialmente considerevole verso il suo estremo centrale e sembra che il legamento largo partecipi co' suoi foglietti alla formazione del sacco, poichè questo, per l'estensione di più che 4 centimetri abbraccia e comprende in tutta l'estensione il bordo destro dell'utero, il quale in tal modo costituisce in basso la parete del tumore. E' agevole comprendere come riesca oltremodo difficile il passare una legatura qualsiasi per picciolare il tumore, poichè l'ago portalaccio, introdotto anche rasentando le fibre muscolari dell'utero, penetra nel sacco e dà luogo ad uscita di pus. Ora, benchè non vi fossero vasi di notevole entità, una legatura era certamente indispensabile, e la pratico, dopo avere applicato un robusto Klämmer, frazionando il picciuolo ; lavo ripetutamente la superficie del taglio con acqua fenata al 2%, caustico profondamente col Paquelin. Dopo una toletta molto accurata del peritoneo, faccio cadere un abbondante getto di acqua fenata all'1% in mezzo agli intestini, aiutando con la mano la completa sciacquatura di essi, in modo da ottenere la più completa detersione

possibile. Facendo adattamente cambiare posizione all'inferma, facilito l'uscita del liquido, e, con pinzette munite di spugne, asciugo la cavità del bacino. Riunione della ferita addominale con sette punti di sutura profonda e cinque superficiali. Medicatura al sublimato, e la solita fasciatura.

L'operazione durò un'ora e 40 minuti.

Esame dei pezzi asportati. — Il tumore di sinistra è costituito dalla tromba di Falloppio enormemente dilatata a clava, della grossezza di un pugno di adulto, con pareti esterne molto tomentose e piene di briglie lacerate per le molteplici aderenze che avea col peritoneo del bacino. L'estremo frangiato è tuttora permeabile e presenta un forellino capace di lasciar passare una setola.

Da questo forellino sembra che, a dati intervalli, e sotto speciali condizioni, uscisse una piccola quantità di contenuto purulento, il che aveva provocato la peritonite adesiva attorno al tumore. L'ovaio corrispondente è un po' ingrossato di consistenza fibrosa, e aderisce al legamento largo, ispessito e retratto, non molto vicino all'estremo periferico della ciste. La tromba di destra è trasformata anch'essa in una grossa ciste purulenta, e pareti lisce e sottili, simile per forma ad un'ansa intestinale dilatata. L'orificio addominale è qui saldato completamente ; verso l'estremo uterino è talmente ingrossata e aderente a tutto il bordo dell'utero che è difficile definire se il volume della ciste sia tutto a spese della tromba dilatata, o se, come sembra più probabile, non vi partecipi il legamento largo che in buona parte comprende la raccolta marciosa. Certo un terzo della tromba, che corrisponde al corno uterino, si sperde e si confonde nel legamento largo, ispessito e divenuto di forma globosa ; in modo che non è chiaro in questo punto se l'ascesso sia della tromba o del legamento largo. Questo segmento del peduncolo è della massima importanza, perchè chiarisce il concetto moderno della salpingite, la quale coesiste con quella specie d'individualità morbosa che prima andava col nome di para e perimetrite.

Il *decorso* successivo all'operazione fu completamente asettico. L'operata fu molto irrequieta nei primi due giorni, per un vo-

mito ostinato ed incoercibile, che si calma al terzo giorno, mercè la somministrazione di piccole dosi di cognac in acqua bollita.

La temperatura salì a 38°,2 nel primo giorno, poi discese al normale. Al 5° giorno vi fu la solita metrostaxis. Al 18. giorno la donna lascia il letto, e dopo qualche settimana è in grado di riprendere le sue faccende.

L'utero è perfettamente libero indolente, ma si mantiene un po' basso. Sono di già trascorsi molti mesi e la salute dell'operata si conserva buona. Solo due volte, in questo periodo, ha veduto apparire un po' di sangue ai genitali.

Sarcoma voluminoso dell'ovaio destro — Asportazione con la laparotomia. — Guarigione rapidissima.

Giulia D. T. di anni 32, da Trapani, nubile ; è di costituzione molto delicata ; scheletro gracilissimo, muscoli esili, scarso pannicolo adiposo. Nulla di particolare nei precedenti ereditarî. Mestruata la prima volta a 17 anni, ha avuto il tributo mensile sempre regolare per periodo di ritorno, quantità e durata. E' stata più volte ammalata di febbri e catarri bronchiali, l'ultimo dei quali, nel marzo del 1887, fu gravissimo a tipo asmatico e la ridusse per molti giorni in pericolo.

L'affezione attuale data,al dire dell'inferma, da circa nove mesi ; perchè fu nell'ottobre del 1888 che essa avvertì un tumoretto, al di sopra dell'inguine destro, il quale non richiamò gran fatto la sua attenzione, poichè non era dolente e non le cagionava alcun disturbo. Però dopo qualche mese, cominciò a notare un progressivo aumento nel volume del basso ventre, che divenne teso, ma sempre poco sensibile alla pressione. Nel marzo del 1889 l'addome era diventato così voluminoso, da obbligarla a riformare i suoi abiti. Essa usciva di casa tutti i giorni, per esercitare l'ufficio d'insegnante in una scuola d'arti e mestieri, ma la sua abituale andatura erasi mano mano modificata : camminava, con visibile sforzo, un po' curvata in avanti, nel desiderio di celare agli occhi del pubblico il vo-

lume notevole del suo addome. Però, giusto in quell'epoca, essa fu colta da dolori vivissimi in tutto l'addome, e obbligata a prendere il letto. Fu allora che richiese il mio parere e si sottopose alla mia osservazione.

L'addome è molto convesso, ed egualmente disteso, sino a tre dita oltre l'ombelico, da una massa uniforme, la quale, cominciando dall'area dell'ingresso pelvico, lo riempie interamente sino a quel limite. Cicatrice ombelicale piana ; e movimenti ispiratori, sebbene limitati a causa del dolore, sollevano leggermente le pareti addominali ; i fianchi non sono slargati. La palpazione leggiera trova duro il ventre in tutto l'ipogastrio, ma di una durezza uniforme, liscia, poco dolente ; solo riesce dolorosa ai fianchi, all'epigastrio, agl'ipocondri. La percussione dà risonanza fortemente timpanica nelle regioni ora indicate, ottusa dalla cicatrice ombelicale in giù ; un'area molto limitata semi timpanitica si riscontra al di sopra della piega inguinale sinistra sin verso la sinfesi pubica.

Coll'ascoltazione non si avvertono soffi, nè battiti, oltre quelli delle iliache trasmessi.

Il tumore è spostabile tanto in senso laterale che verticale ; e, infossando le dita fra esso e la sinfesi pubica, si riesce a portarlo in alto, allontanandolo di circa 3 centimetri dal margine pubico. Ristretto l'ostio vaginale, il canale ampio solo in alto, dove si tocca il collo conico, schiacciato in senso antero-posteriore, lungo circa 2 centim. e diretto indietro : il corpo dell'utero è spostato a sinistra ed antiverso. Fornici liberi.

L'inferma è in preda a febbre, e si lamenta di un dolore molto vivo all'addome, lungo tutta la zona timpanica che circonda il tumore, il cui rivestimento peritoneale è evidentemente infiammato nelle parti che restano in contatto con gl'intestini.

Dolente sopratutto è la zona epigastrica. Vi ha lieve peritonite diffusa che richiese per molti giorni l'applicazione delle vesciche di ghiaccio, e rese impossibile un esame molto diligente e minuto in primo tempo.

Quando il risentimento peritoneale cessò, nel maggio del 1889, il risultato delle misurazioni era il seguente :

Circonf. ombelicale	centim.	74
» due dita trasverse sotto l'ombelico . .	»	80
Distanza xifo-pubica	»	36
» pubo ombelicale	»	18
» dalla sp. il. sup. sin. all'ombelico . .	»	17
» dalla sp. il. a. sup. destra	»	17
Lunghezza del tumore a partire della sinfesi pubica	»	24

Le mestruazioni si mantenevano regolari per periodo, ma duravano qualche giorno di più ed erano divenute più abbondanti. L'inferma si lamentava di una molesta sensazione di peso al basso ventre, di stirature su tutto l'addome, e, a quando a quando, di dolori vivi su tutto l'ambito del tumore, il cui volume aumentava a vista d'occhio.

La diagnosi di un tumore maligno dell'ovaio destro non lasciava molti dubbi, e fu confermata prima dal prof. Cardarelli, chiamato, per fortuna dell'inferma, a Trapani da altri ammalati, e poco dopo dall'illustre professore d'Antona, che visitò l'ammalata a Palermo. E entrambi questi Professori dichiararono essere urgentemente reclamato l'intervento chirurgico. Preoccupava fortemente per l'esito dell'operazione, la gracilissima costituzione dell'inferma, la estrema debolezza, e il grado avanzato di anemia, e il volume enorme del tumore, che avrebbe richiesto per la estrazione una apertura vastissima dell'addome. Ma l'inferma, che è dotata di molta intelligenza, e che aveva un concetto chiaro della gravità del suo male, non aveva esitato un istante ad accettare la mia proposta d'intervento radicale, e in mezzo ai dispiaceri, e alle titubanze della famiglia, attendeva con la più grande ansietà il giudizio dei sudetti professori, perchè comprendeva che l'atto operativo sarebbe stato per lei l'unica ancora di salvezza, l'unico mezzo per liberarsi dalle sofferenze, divenute oramai insopportabili ; poichè il tumore cresceva di giorno in giorno con una rapidità spaventevole, ed erano di già avvenute delle modificazioni notevoli alla sua superficie ; vi si notavano delle ineguaglianze, ed una insolcatura visibile anche a distanza, la quale, partendo dal mezzo

del suo segmento inferiore, si prolungava e si faceva più marcata in alto obliquamente ed a sinistra, in guisa da dare al tumore la forma bilobata.

Imprimendo alla neoplasia delle leggere locomozioni nel senso laterale si avverte la sensazione come di un corpo che striscia in alto sotto un cordone teso e resistente.

La misurazione fatta nei primi di luglio dà i seguenti risultati:

Circonf. ombelicale	centim.	78
» sotto l'ombelico	»	83
Distanza xifo pubica	»	38
pubo ombelicale	»	19
dalla sp. il. a. sup. sin. all'ombelico	»	19
dalla sp. il. a. sup. des.	»	18
Lunghezza del tumore	»	26

Queste variazioni, avvenute, in un periodo minore di due mesi, davano ragione delle aumentate sofferenze e confermavano la rapidità dell'evoluzione della neoplasia, la quale s'infossava già sotto l'ipocondrio sinistro.

Mi risolvo dunque per un pronto intervento operativo, e pratico la laparotomia il 9 luglio alle ore 11 ant. in casa privata.

D.r Isca al cloroformio, D.r Guarnotta ed Orbosuè agli strumenti e alla medicatura, mi assistono i D.ri Lampiasi e Scio, presenzia il D.r Caruso.

Incisione verticale al pube di centim. 20. Vien fuori una piccola quantità di liquido ascitico e si presenta tosto il tumore splendente, con molte vene apparenti e qualche bottone rilevato alla superficie. Tento invano di spostarlo tutto di un lato, onde farlo scivolare per l'ampia apertura.

E' necessario prolungare l'incisione in alto sino a 2 centimetri dall'appendice ensiforme. Il tumore è fortemente aderente all'epliplon, il quale lo copre, e per la estensione di circa 6 centimetri vi si attacca fortemente per briglie spesse, ricchissime di grossi vasi arteriosi e venosi. Evidentemente la neoplasia riceveva da questi vasi il suo principale nutrimento. Incise queste aderenze, previe molte

legature, mi riesce facile portare fuori il tumore, il quale aderisce a destra, per aderenze facilmente distaccabili, col cieco e con la tromba discretamente dilatata ed allungata. Incido il picciuolo, relativamente molto piccolo, dopo averlo legato prima in due segmenti e poscia con unico laccio ; e porto via l'enorme tumore.

L'emostasia richiede un tempo abbastanza lungo, perchè i visceri che aderivano in basso al tumore sanguinano molto abbondantemente, ed è necessario ricorrere al termocauterio per arrestare l'emorragia.

Lavatura del peritoneo pelvico con acqua bollita e filtrata e fenata all'1 %. Riunione della ferita addominale con 11 punti di sutura profonda e 10 superficiali. Medicatura abituale con iodoformio e garza al sublimato.

Il decorso ulteriore fu dei più asettici e dei più benigni.

L'operata si sveglia dal sonno cloroformico in buone condizioni, e non è necessario ricorrere ad alcuna iniezione rianimante.

Prima dell'operazione.

		P. 92	R. 18	T. 37	
9 luglio, ore	2 p.	» 108	» 20	» 37,5	dorme per 1/2 ora ; verso sera, accusando lieve dolore alla ferita addominale si pratica una iniezione di morfina 1 centig.
	12 p.	» 130	» 22	» 38,6	Vomito bilioso — l'urina presenta un leggiero coloramento verdognolo — si toglie ogni 4 ore.
10	6 a.	» 130	» 22	» 38,6	Ha riposato poco durante la notte molestata da un vomito bilioso continuo. Molta sete. Urine scarse, non più colorate in verde.
	12 m.	» 132	» 22	» 38,3	Continua il vomito. Senso di peso al retto. Si pratica un enteroclisma che l'ammalata emette subito con gas e poche feci.

11 luglio, ore 6 a.	P. 120	R. 20	T. 37,7	Ha dormito bene. Vomito quasi cessato. Tollera l'acqua al cognac. Urina limpida, abbondante; aspetto tranquillo.
12	6 a. »	100 »	20 »	37,5	Ha avuto qualche dejezione diarroica; si somministra un po' di bismuto. Sonno tranquillissimo. Stato di benessere.
13	» »	100 »	19 »	37,5	Sempre bene; prende qualche tazzolina di brodo. Si pronunzia una leggiera metrostaxis.
14	» »	96 »	18 »	37,5	Prima medicatura. Garza completamente asciutta, addome avvallato.
15	» »	96 »	16 »	37,5	Continua il benessere; prende brodi con tuorli d'uova.
16	» »	96 »	16 »	37,6	Lingua leggermente impaniata. Si somministra una piccola dose di magnesia che provoca un'abbondante dejezione. Si concede all'ammalata di star seduta nel letto.
18	» »	96 »	15 »	37	Seconda medicatura. Ferita completamente cicatrizzata. Si tolgono tutti i punti di sutura.

Il giorno 24 luglio la signorina si alza da letto in ottimo stato di salute, e poco dopo ritorna alle abituali occupazioni. In meno di due mesi essa ha conquistato una salute così florida da non avere riscontri con nessun periodo della sua vita.

Questo caso è di una speciale importanza per il volume enorme del tumore, quale difficilmente può riscontrarsi nei tumori solidi dell'ovaio, e per lo stato di estrema gracilità del soggetto. L'una e l'altra condizione rendevano l'atto operativo estremamente grave.

Esame del pezzo — Il tumore, interamente privo di sangue, pesa 4720 grammi. Ha la forma di un emisfero un po' schiacciato,

con la faccia posteriore piana e l'estremo inferiore leggermente ovoidale. Il suo involucro sottile lascia trasparire una serie di vasi molto grossi, che si intersecano in tutti i sensi, e che si riuniscono verso il margine superiore del tumore, dove questo presentava notevoli aderenze con l'epiplon.

Non vi ha dubbio che da questi vasi e da queste aderenze il tumore ricavava il suo principale nutrimento, poichè in proporzione il picciuolo era molto piccolo. Ciò spiega l'evoluzione rapida dopo i fenomeni di peritonite. La superficie anteriore è tuberosa : parecchi bottoni di varia forma e grandezza si sollevano dal livello comune. L'esame microscopico rivelò un sarcoma a cellule rotonde sviluppate in mezzo allo stroma connettivale della glandola, simile a quello descritto da Olshausen e da Beigel.

N. B. — Credo superfluo soggiungere a proposito del caso di miofibroma dell'utero, pubblicato nel fascicolo precedente, pagina 209, che la iniezione di morfina, la quale, secondo me, esercitò un'azione eccessiva sull'organismo, attese le condizioni anormali del muscolo cardiaco ; praticata con lo scopo evidente di lenire i dolori al peduncolo, che sembrarono insopportabili, fu fatta nella ignoranza delle somministrazioni precedenti, e da chi gode tutta la mia stima e la mia fiducia.

Ho voluto manifestare esplicito il mio pensiero sulla causa che contribuì all'esito letale, perchè mi sembra che il caso in esame porti un contributo alla quistione della laparotomia nei soggetti cardiopatici, e possa fornire ammaestramenti circa l'uso degli oppiacei nei casi speciali.