

# IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

DIRETTO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI  
DIRETTORE DELLA R. CLINICA MEDICA  
DI ROMA

FRANCESCO DURANTE  
DIRETTORE DEL R. ISTITUTO CHIRURGICO  
DI ROMA

---

Dott. ANTONINO TURRETTA

CHIRURGO PRIMARIO NELL'OSPEDALE S. ANTONIO DI TRAPANI

---

CONTRIBUTO

DI

CHIRURGIA ADDOMINALE

(Estratto dal Vol. I-C, 1894)

---

ROMA

SOCIETÀ EDITRICE DANTE ALIGHIERI

1894

**Dott. ANTONINO TURRETTA**

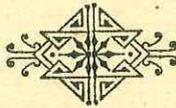
CHIRURGO PRIMARIO NELL'OSPEDALE S. ANTONIO DI TRAPANI

---

**CONTRIBUTO**

DI

**CHIRURGIA ADDOMINALE**



**ROMA**

**SOCIETÀ EDITRICE DANTE ALIGHIERI**

**1894**



## Contributo di chirurgia addominale

pel dott. A. TURRETTA

Chirurgo primario nell'Ospedale S. Antonio di Trapani

---

Rendo di pubblica ragione un numero non insignificante di operazioni addominali, eseguite per affezioni dell'utero e degli annessi, nello intento di contribuire, con la disamina dei casi, allo incremento di questa branca della chirurgia, la quale, per quanto perfezionata, offre ancora argomento a discussioni, sia per il tecnicismo operativo, come per le indicazioni generali dell'intervento.

Alla esposizione clinica farò eseguire alcuni quadri statistici nei quali comprenderò le altre operazioni addominali, da me fatte per indicazioni consimili, e di già pubblicate.

In tutte le operazioni che vado a riferire mi sono sempre giovato della intelligente, valida cooperazione del dott. E. SCIO, aggiunto al mio comparto di chirurgia, e degli assistenti dott. GUARNOTTA, GIUFFRIDA, CASSISA, PIAZZA.

### I.

#### Fibromi dell'utero

La quistione dei fibromi uterini è molto complessa, e il loro trattamento si presta poco a una esposizione dommatica. Molto si discute ancora intorno alla loro evoluzione, alla loro indole e alle loro indicazioni o controindicazioni operatorie.

E' stata opinione generale che tali tumori sono d'indole benigna e che la menopausa produce la guarigione spontanea. Ne è venuto di conseguenza il precetto, che è stato seguito dalla maggior parte dei chirurghi, di non asportare un fibroma uterino che non è molto voluminoso, nè ha evoluzione molto rapida, che non esercita compressione su gli altri organi del bacino, che non produce notevoli conseguenze, nè dà luogo a perdite sanguigne, o si accompagna a complicazioni di qualche entità. Ma ecco il PEAN e il DOYEN manifestare il convincimento che si è eccessivamente esagerata la innocuità dei fibromi uterini; e il primo, con la sua statistica personale, recentemente ha dimostrato, che l'età nella quale i fibromi sono più frequenti è precisamente quella della menopausa, dai quaranta ai cinquant'anni; e che i fibromi possono recidivare sotto forma di sarcomi e associarsi all'epitelioma. Considerando inoltre le gravi complicazioni cui possono dar luogo, egli viene alla conclusione che i fibromi non sono tumori benigni, e che bisogna sempre levarli ad ogni costo.

Ecco una quistione che non sarà, secondo me, così presto risolta, perchè, malgrado la grande competenza e la illimitata esperienza dell'illustre ginecologo francese, non tutti si decideranno ad asportare un certo numero di miofibromi piccoli, ad evoluzione molto lenta e per lunghi anni pochissimo molesti alle inferme.

Ma stabilito che si debba ricorrere ad un atto operativo per liberare la paziente da un miofibroma, a quale operazione bisognerà dare la preferenza?

La quistione del peduncolo è oramai passata in seconda linea, perchè le tendenze generali dei chirurghi sono per la estirpazione totale. Però sulla via da preferire per questa estirpazione totale ferve in atto più accanita la discussione; e, mentre il PEAN con i suoi seguaci sostiene che il metodo vaginale deve essere quello di scelta, e che la laparotomia deve essere riservata ai tumori voluminosissimi, la maggioranza dei chirurghi invece è di opinione che i casi in cui si presenti facile la isterectomia per la vagina sono pochissimi, e che nella gran maggioranza dei casi sia preferibile la via addominale, perchè l'atto operativo riesce più facile, perchè si

può ridurre al minimo la perdita sanguigna e si possono dominare con maggiore sicurezza le complicazioni dei singoli casi, quali le affezioni degli annessi, le aderenze con le intestina, ecc.

Io credo che in questa parte della chirurgia addominale, più che in qualunque altra, l'essere troppo esclusivisti è un errore, e che il volere ad ogni costo preferire la via vaginale è un disconoscere i grandi vantaggi che può ritrarre il chirurgo quando domina con la vista il campo operativo; questi vantaggi, mi sembra, compensino in molti casi la reale gravità che presenta l'isterectomia addominale di fronte a quella vaginale. Non sono rari gli esempi, ed io vado a riferirne qualcuno tipico, di fibromi pedunculati di notevole volume, i quali possono asportarsi dalla via addominale con la semplice miomectomia, conservando l'utero; questa conservazione dell'organo, quando il tumore è voluminoso, non sarebbe possibile operando dalla vagina.

La isterectomia vaginale, con i perfezionamenti della tecnica attuale, ha certamente la sua migliore indicazione nei casi di fibromi, a sviluppo pelvico e intraligamentoso, nei quali l'isterectomia addominale presenta una incontrastabile gravità e pei quali, come trattamento indiretto, si suole ricorrere alla castrazione; quantunque non sembra che possa sostituire completamente quest'ultima operazione, quando ad esempio il tumore è molto voluminoso e la donna profondamente indebolita ed anemica.

Tra i casi che vado ad esporre, ve ne ha uno di fibroma emorragico a sviluppo prevalentemente intrapelvico e intraligamentoso, in cui praticai la castrazione tubo-ovarica, con risultato terapeutico eccellente, sia per la cessazione completa delle emorragie, come per la notevole e rapida riduzione del tumore, quantunque l'età dell'inferma non fosse vicina alla menopausa.

I casi di miofibromi, di cui vengo ad esporre in succinto le storie, sono sei, operati tutti per la via addominale e seguiti da guarigione.

Dal punto di vista operativo sono dunque: due miomectomie, una castrazione doppia, due amputazioni sopravaginali, una estirpazione totale col metodo di MARTIN modificato, asportando cioè

tutto dalla via addominale, compresa la porzione vaginale del collo, e chiudendo la cavità peritoneale la mercè di due lembi improntati dalla faccia anteriore e posteriore dell'utero.

La guarigione in quest'ultimo caso fu rapidissima e il decorso post-operativo eccezionalmente benigno (1).

**Osservazione 1<sup>a</sup>** — *Fibromioma interstiziale dell'utero* — *Amputazione sopravaginale dell'utero* — *Guarigione*. — Curti Caterina, di anni 29, da Castelvetrano, nubile.

Genitori vivi e sani in età avanzata; la nonna materna morta per neoplasia uterina probabilmente maligna. Nessuna malattia precedente degna di nota. Il primo tributo mensile, che avvenne al 14<sup>o</sup> anno, fu accompagnato da disturbi nervosi a forma convulsiva, che non ebbero seguito; e la mestruazione procedette regolarmente, sino all'inverno del 1891. Da quell'epoca cominciò il tumore ad essere avvertito, e il suo sviluppo crebbe rapidissimo; subentrarono disturbi catameniali, emorragie frequenti e crisi nervose.

La giovane è bene sviluppata nello scheletro e nei muscoli, ma anemica e sofferente. Addome ovoidale, disteso da un tumore solido, che proviene dal piccolo bacino, e sorpassa di quattro dita la cicatrice ombelicale infossandosi sotto l'ipocondrio destro: presenta varie solcature e rilevatezze alla superficie palpabile, a guisa di bottoni; è mobile nel senso trasversale ed anche nel verticale. Imene intatto, ma elastico, lascia passare il dito, che riscontra una indubbia connessione del tumore con l'utero. Non sono possibili nè il sondamento dell'utero nè le altre investigazioni per stabilire, con assoluta certezza, la diagnosi di tumore solido dell'utero, sebbene questa fosse la più probabile. Il rapido accrescimento e i precedenti ereditari facevano pensare ad una neoplasia maligna.

---

(1) Dopo che fu mandato alle stampe questo lavoro -- marzo 1894 -- ho eseguito con lo stesso metodo, un'altra isterectomia addominale totale, in persona della signora I. di Alcamo. Anche in questo caso l'esito in guarigione è stato rapidissimo.

Laparotomia 2 luglio 1892.

Incisione dal pube a due dita sopra l'ombelico.

Si presenta il tumore, libero d'aderenze, con la sua capsula perlacea, sparsa di bottoni rilevati, e con vasi notevolmente sviluppati specialmente nel segmento inferiore, che è foggiato a cono. Il tumore appartiene all'utero. Si porta fuori dell'addome. I legamenti uterini molto distesi permettono che si passi un laccio elastico nell'interstizio del collo, al disopra della vescica, delle trombe e delle ovaia, che vengono rispettate. Il tumore reciso dà esito ad una considerevole quantità di sangue: sulla superficie di sezione si riscontrano vene della grossezza di un dito mignolo. Considerando la enorme vascolarità si rinuncia all'idea del trattamento intraperitoneale del moncone, che viene trasfisso da un forte ago e fissato alla ferita addominale con sutura alla Hegar.

Il tumore, vuoto della considerevole quantità di sangue che conteneva, pesò 7450 grammi, ed è un fibromioma.

Decorso estremamente benigno; mancano i soliti dolori prodotti dallo stiramento del peduncolo. La caduta del moncone ritarda, sicchè se ne aiuta il distacco al 42° giorno con colpi di forbice.

L'operata, in ottime condizioni di salute, ritorna al proprio paese il 23 agosto.

**Osservazione 2ª** — *Fibromioma sottosieroso della parete anteriore dell'utero—Miomectomia — Guarigione.*— Ingrassia Dorothea, di anni 40, sposata, da Castelvetro.

Nulla nel gentilizio. Mestruazione regolare sino al 37° anno. Una gravidanza a termine, una abortiva 14 anni fa. Da 12 anni, va soggetta a vari disturbi, riferibili agli organi del bacino, e a convulsioni isteriche. Notò la presenza di un tumore, al quadrante inferiore sinistro, che è andato gradatamente crescendo. Il tumore ha il volume di una testa di adulto, schiacciato a saccoccia, suscettibile di movimenti, anco di leggiera rotazione nel suo asse trasversale.

Utero rialzato e retroposto, segue i movimenti del tumore, che, con una grossa appendice, deprime fortemente il fornice destro

e l'anteriore. Cavità dell'utero, misurata con la sonda rigida, centimetri 9; collo piccolo, di consistenza normale.

Diagnosi: fibromioma sottosieroso della parete anteriore, probabile invasione del legamento largo di destra.

Laparotomia 31 agosto 1892.

Il tumore procede, con grosso picciuolo, dalla parete anteriore dell'utero. Legatura delle arterie tubo-ovariche. Si passa un laccio sul segmento inferiore dell'utero e si escide il tumore, senza aprire la cavità. I vasi beanti vengono legati isolatamente. Sutura a strati sino alla sierosa. L'utero riacquista la sua forma quasi normale, e, tolto il laccio elastico, viene affondato. Nessuna perdita di sangue.

Decorso post operativo normale. Il 25 settembre l'operata ritorna guarita al proprio paese.

**Osservazione 3<sup>a</sup>.** — *Fibroma sottosieroso della parete anteriore dell'utero — Piccoli fibromi interstiziali — Miomectomia — Guarigione.* — Barone Paola, di anni 39, da Castelvetro.

Nessun precedente ereditario. Maritata a 18 anni: non è stata mai incinta.

Da 13 anni soffre dolori alla regione soprapubica, specialmente durante la mestruazione, che da quattr'anni in qua, interviene più volte al mese e sempre abbondantissima.

Alla stessa epoca fu avvertito il tumore all'addome, e si accentuarono i disturbi negli organi del bacino.

Il tumore sorpassa di poco la linea trasversa ombelicale, e si obliqua verso destra, è suscettibile di limitati movimenti.

Col riscontro si nota l'utero rialzato e retroposto; fornici destro ed anteriore pieni, depressi dal tumore, che fa unico corpo con l'utero e ne segue i movimenti molto limitati. Cavità dell'utero libera, misura 11 centimetri.

Durante la degenza nell'ospedale la donna va soggetta a molte perdite sanguigne.

Diagnosi: fibromioma della parete anteriore dell'utero.

Laparotomia, 14 novembre 1892.

E' necessaria una incisione molto lunga per tirar fuori il tumore uncinandolo.

Proviene dalla parete anteriore destra dell'utero, e si prolunga in basso sul legamento largo. Non è possibile portare l'utero sufficientemente in alto, tutto l'organo è sparso di piccoli fibromi interstiziali, e si presenta di un volume doppio del normale. Il tumore principale si continua con l'utero a mezzo di un grosso picciuolo.

Non essendo possibile l'isterectomia totale perchè l'utero è inchiodato nel piccolo bacino, si escide il tumore senza aprire la cavità uterina, si legano i vasi beanti; si pratica la sutura a diversi piani, e si chiude completamente la ferita addominale.

Decorso ulteriore normale ed asettico.

Il 4 dicembre la donna ritorna, in buono stato, al proprio paese. Le emorragie erano cessate; e da notizie che ho avute, sino a poco tempo addietro, mi risulta che le mestruazioni procedono regolarmente.

**Osservazione 4<sup>a</sup>.** — *Fibromioma interstiziale — Amputazione sopravaginale dell'utero — Guarigione.* — Sammartano Vita, di anni 30, da Trapani, maritata, nullipara.

La madre morì per carcinoma mammario, il padre è vivente e sano. Nell'infanzia soffersse le febbri intermittenti. Costituzione debole, temperamento squisitamente nervoso. La mestruazione è stata sempre regolare. Solo da tre anni sa di portare un tumore all'addome; però, sin da ragazza, l'addome è stato sempre voluminoso, e l'urinazione molto frequente. La sua salute non fu mai soddisfacente: spesso soffriva dolori vaghi addominali, digestioni stentate.

Negli ultimi tre anni il volume dell'addome è divenuto considerevole, e in atto è fortemente disteso da un tumore che, procedendo dal bacino, sorpassa di tre dita la linea ombelicale e arriva sotto l'arcata costale sinistra; ha la forma di una enorme pera capovolta: duro al tatto, sparso di solcature irregolari; suscettibile di limitati movimenti dal basso in alto e trasversalmente.

Per vagina ; collo uterino piccolo, rialzato e portato in avanti ; nel fornice posteriore si può seguire col dito la porzione alta del collo, come un grosso cordone duro, che si continua col tumore. Fornice sinistro elastico molto dolente, più depresso il fornice destro e meno dolente.

La povera signora è così sofferente per dolori all'addome, respirazione difficile e un malessere indescrivibile, che malgrado la sua naturale timidezza e lo stato di profonda anemia in cui si trova, reclama con insistenza l'operazione.

La visita il mio illustre maestro prof. D'ANTONA, il quale conferma la diagnosi di fibromioma dell'utero, e consiglia l'intervento.

Laparotomia, 8 marzo 1893, a domicilio dell'inferma.

Inciso l'addome, vien fuori una discreta quantità di siero limpido, e si presenta il tumore, con la sua capsula liscia, lucente, solcata da molte vene voluminose. Portatolo fuori dell'addome, si vede una larga briglia che dal segmento inferiore del tumore va, a guisa di ponte verso il pube. Sorge il dubbio che si tratti della vescica urinaria, ma un lungo catetere metallico, introdotto per l'uretra, non arriva sino a questa specie di ripiegatura peritoneale. Non potendo tuttavia eliminarsi completamente il dubbio, nè essendo prudente procedere a legature in massa, si incide a spese del tumore a piccoli tratti e si legano i vasi, mano mano che vengono recisi. Effettuatosi il distacco, si constata che realmente era l'urociste fortemente stirata in alto dal progrediente sviluppo del tumore, causa dei gravi disturbi di urinazione che da molto tempo tormentavano l'inferma.

L'ovaia sinistra cirrotica e la tromba serpigginosa e ingrossata vengono asportate. E' asportata anche l'ovaia destra che ha il volume di una arancia e contiene un liquido denso ed oscuro, come cioccolato fuso.

Il tumore si assottiglia in basso e presenta la circonferenza di un utero normale. Passato un laccio elastico, come legatura definitiva, dopo avere compresso fortemente il tumore, per ricacciare nel torrente circolatorio una buona quantità di sangue, lo si recide, due centimetri in sopra, e ricade nella cavità uterina.

Il moncone viene quindi fissato alla parete addominale con sutura alla HEGAR.

La guarigione fu rapidissima, e la caduta del moncone strozzato avvenne al 15° giorno.

Non è superfluo ricordare a questo punto un piccolo incidente, che non mi era mai accaduto, e che non fu causa di spiacevoli conseguenze: Quando cadde la parte mummificata del peduncolo, il laccio elastico era già incapsulato dalle granulazioni rigogliose del tessuto peri-peduncolare, e la sua permanenza non fu da me in quel momento avvertita. Dopo alquanti giorni, fatto accorto dalla mancata cicatrizzazione in quel punto, ricercai il laccio, e fu agevole tirarlo fuori uncinandolo; dopo di che la cicatrice fu completa.

**Osservazione 5ª** — *Fibromioma interstiziale e intraligamentoso dell'utero* — *Gravi metrorragie* — *Castrazione*.— Sciacca Francesca, di anni 28, da Paceco, molti anni fa sofferse le febbri palustri ed una paliartrite reumatica. Ebbe mestruazioni regolari sino al 18° anno, in cui prese marito; da quell'epoca divennero irregolari, per periodo, e furono quasi sempre precedute da turbe dolorose. Non è stata mai incinta. Ora sono otto mesi, si avvide di portare un tumore al basso ventre; il flusso mensile mancò, per circa quattro mesi, e questa pausa fu seguita da imponenti metrorragie, che durano tuttora. A causa di tali perdite sanguigne, dei dolori al bacino e dei disturbi nella urinazione e nella defecazione, ricoverò nell'ospedale, dicendosi inabilitata a qualsiasi occupazione, e fu sottoposta alle iniezioni di ergotina. Ad onta di ciò il sangue non cessò, diminuirono alquanto i dolori in grazia della posizione orizzontale obbligata.

Il tumore sorpassa in alto di 2 centimetri la cicatrice ombelicale, è sviluppato specialmente nel segmento inferiore, e fortemente inchiodato al bacino; i fornicati sono pieni. La sonda rigida penetra nell'utero, verso sinistra e posteriormente, per 9 centimetri.

Si fa diagnosi di fibromioma uterino sviluppato nella parete

anteriore, e invadente i legamenti larghi, il destro particolarmente. Laparotomia, 16 maggio 1893.

Il tumore occupa intieramente il piccolo bacino ed è sviluppato fra i legamenti larghi.

L'asportazione totale si giudica impossibile, a causa della sua completa fissazione, e si pratica la castrazione.

Il decorso fu asettico, e il miglioramento rapido. Sin dal giorno dell'operazione cessarono le emorragie, e quando il 2 luglio l'operata lasciò l'ospedale il tumore era alquanto ridotto di volume. Da notizie fornitemi dall'egregio dott. COLOMBO, che me l'aveva inviata, apprendo che la involuzione precoce dell'utero è progredita rapidamente, e le mestruazioni non sono più ricomparse. La donna può accudire, senza notevoli sofferenze, alle sue faccende domestiche (1).

**Osservazione 6** . — *Fibroma intestiziale e intraligamentoso dell'utero — Estirpazione totale col processo BARDENHEUR - MARTIN modificato — Guarigione.* — Giammarinaro Antonina, di anni 40, nubile, da Castelvetro. Buoni precedenti ereditari. Mestruata la prima volta a 14 anni, e poi regolarmente, sino a pochi mesi addietro; da quell'epoca le perdite sono divenute frequenti e abbondanti. Sei anni circa addietro, si avvide di un tumoretto nella regione mediana e sinistra del basso ventre, e quasi contemporaneamente ebbe ritenzione urinaria; questo sintomo si è ripetuto più volte, ed è divenuto molto frequente negli ultimi tempi, da obbligarla a farsi cateterizzare di sovente. Le sofferenze al basso ventre e al bacino si sono accentuate col crescere del tumore. Da tre mesi ha dolori pelvici continui, metrorragie, disturbi di urinazione.

Il tumore di forma oblunga riempie tutto il bacino e si eleva in alto e a destra sino a raggiungere l'ipocondrio col suo polo acu-

---

(1) Ho riveduto questa donna, pochi giorni fa: il tumore è ridotto ad un quinto del suo volume, sono cessate del tutto le perdite sanguigne.

minato, mentre che nella linea verticale mediana sorpassa di due centimetri la cicatrice ombelicale; è suscettibile di limitati movimenti; il suo sviluppo maggiore è nel segmento inferiore, di tal che il bacino ne resta totalmente occupato. Il tumore è molto dolorabile al tocco.

L'imene intatto e molto resistente non permette l'esplorazione vaginale; ma la diagnosi di miofibroma dell'utero, a prevalente sviluppo intraligamentoso e intrapelvico, risulta evidente.

E poichè non vi è da esitare sulla opportunità dell'intervento chirurgico, vien praticata la laparotomia, il giorno 10 febbraio 1894. Da alcuni giorni prima, fu praticata ripetutamente la disinfezione della vagina.

Messo allo scoperto il tumore, questo si palesò, come era stato diagnosticato, un fibroma dell'utero a sviluppo interstiziale e riempiente col suo polo inferiore tutto il bacino, il legamento largo di destra ne è specialmente invaso. Si comincia dal sezionare questo legamento e con molta difficoltà, poichè passato il laccio coll'ago di DECHAMPS, non rimane alcun margine per applicare un Klämmer dalla parte periferica. Isolato da questo lato il tumore sino alla volta vaginale, riesce meno disagiata lo sprigionamento del lato sinistro. In tal modo si può rialzarlo sino in prossimità dell'apertura addominale, ed incidere sulla faccia anteriore e posteriore dell'utero due lembi peritoneali semi ellittici, che vengono dissecati diligentemente sino al collo uterino, provvedendo alla emostasia con la legatura preventiva dei vasi uterini. Indi si procede alla dissezione degli attacchi vaginali. In tal modo tutta la massa uterina, compresa la porzione vaginale del collo, viene portata fuori dell'addome.

Nessun laccio elastico fu passato preventivamente, e la perdita di sangue fu lieve.

Si passò quindi alla sutura dei lembi peritoneali, con punti staccati al catgut, in modo da chiudere esattamente, da questo lato, la cavità dell'addome.

In vagina si applica un drenaggio.

Il decorso ulteriore fu di una benignità eccezionale. La sera

stessa dell'operazione l'ammalata assicura di non avvertire alcuna molestia ; non vomiti, non irrequietezza ; durante la notte dorme parecchie ore. Il drenaggio vaginale si lascia in sito per cinque giorni e vi si praticano giornalmente irrigazioni antisettiche. La massima temperatura fu di 37°,7. L'operata guarì rapidamente, e venne dimessa il 5 marzo.

*Esame anatomo-patologico* — Il tumore asportato pesa 1125 grammi, ed è formato da molti fibromi interstiziali disseminati nel corpo dell'utero ; uno di questi, il più voluminoso, invade la porzione sopravaginale del collo a destra, sicchè il canale cervicale e la cavità dell'utero restano dal lato sinistro. Le trombe e le ovaia, piccole si disegnano sulla parte alta del tumore.

Nel praticare questa operazione avevo presente alla memoria le comunicazioni fatte dal dott. FERRARI, e dal prof. NOVARO, nell'ultima adunanza della Società di chirurgia, sulla isterectomia totale nei miofibromi dell'utero. Sono di avviso anch'io che, quando l'asportazione totale dell'utero non può farsi per la via vaginale, dovendo ricorrere al metodo addominale, il miglior temperamento, per evitare i gravi pericoli e gl'inconvenienti che porta con sè la formazione del moncone, è quello di praticare l'asportazione dell'intero organo dalla ferita addominale, e di chiudere subito il peritoneo con accurata sutura di due lembi, come il FERRARI suggerisce. La divisione dell'atto operativo in due tempi, alla Martin, non è necessaria, solo che si abbia cura di praticare preventivamente, e per alcuni giorni di seguito, l'accurata disinfezione del canale vaginale e della porzione del collo in esso contenuta.

## II.

### **Pelvi ematoma intraperitoneale**

La quistione se convenga trattare chirurgicamente l'ematoma periuterino è stata da molto tempo risolta in senso affermativo. E' quasi unanime l'accordo dei chirurghi anche sulla preferenza da dare alla laparotomia, nei casi in cui l'intervento operatorio è giudicato necessario.

Sono stato fra i primi in Italia ad occuparmi di questo argomento e a sostenere, con osservazioni cliniche personali, la opportunità della laparotomia nella cura dell'ematoma pelvico intraperitoneale (1).

Non è questo il momento di discutere sulla genesi di tale affezione. Qualunque sia il meccanismo col quale il sangue si è versato nel peritoneo del DOUGLAS, quando esso ha dato luogo alla formazione di un ematocele crescente, e alla forma clinica caratteristica che lo accompagna, con la ricorrente frequenza degli attacchi, si è già costituita una malattia delle più gravi ed insidiose, la quale può essere causa di morte rapida o di setticoemia.

La guarigione spontanea, nei casi rari in cui può avvenire, non è mai perfetta; e quando avviene, è sempre in seguito di sofferenze prolungate, di meccanismi ad evoluzione lenta, insidiosa; e i reliquati plastici, che avviluppano l'utero e i suoi annessi, costituiscono non solo una causa inevitabile di sterilità, ma ben anco di continuo malessere.

La laparotomia è dunque necessaria nella gran maggioranza di casi, per le considerazioni formulate dal READ e dal TAIT riconosciute esatte, cioè: per lo scopo di riconoscere l'emorragia e legare il vaso che sanguina, per togliere i prodotti di essa che costituiscono un serio pericolo, ed opporsi quindi alla setticoemia, per asportare gli annessi divenuti inutili. Ma non sempre, secondo me, l'asportazione completa degli annessi è resa indispensabile; quando la tromba o l'ovaia di un lato non sono state il punto di partenza dell'emorragia, e non hanno subito, per il fatto del versamento sanguigno, alterazioni tali da costituire per sè una causa di sofferenze e di sintomi gravi per l'avvenire, ogni considerazione impone di rispettarle.

Fra le obiezioni che si sono mosse alla opportunità di un intervento radicale in questa affezione una delle più importanti è

---

(1) V. *Comunicazione fatta all'VIII<sup>a</sup> adunanza della Società italiana di chirurgia*. Roma, 1891.

quella che riguarda la difficoltà di una esatta diagnosi differenziale tra il versamento di sangue nel cul di sacco di DOUGLAS e l'ematoma pelvico sottoperitoneale.

In verità riesce spesso più difficile differenziare l'ematoma periuterino da una raccolta di essudati pelvici. Ma non vi ha dubbio che, per molti sintomi e pel decorso, l'una e l'altra malattia possono essere confuse, e può darsi il caso che il diagnostico si faccia durante l'operazione o all'autopsia. Non è però men vero che un tal caso può avvenire quando l'ematoma estraperitoneale non si è riassorbito dopo un lungo elasso di tempo, e ha dato luogo a ripetuti attacchi con sintomi gravi. In tali frangenti le conseguenze dell'equivoco non possono riescire nocive, poichè, anche nell'ematoma estraperitoneale, che si è costituito in siffatte condizioni speciali, la laparotomia sotto o transperitoneale e il nettamento del focolaio, costituisce il mezzo più efficace e più razionale di cura che si conosca.

Ma non bisogna dimenticare che, nella gran maggioranza di casi, l'ematocele estraperitoneale è una malattia relativamente benigna, nella quale la guarigione naturale è la regola. L'inverso può affermarsi dell'ematoma retrouterino; nel quale bisogna distinguere due periodi, cioè il periodo *iniziale* e il periodo *tardivo*.

L'etiologia e l'esordire del quadro clinico possono di sovente fornire criteri decisivi per una esatta diagnosi. Ma nel periodo iniziale non è affatto da consigliarsi l'intervento operativo che nei soli casi di accidenti gravissimi e ribelli, dovuti generalmente alla rottura di una gravidanza ectopica. E allora lo svolgersi tumultuario dei sintomi, l'incipiente collasso, i segni caratteristici di una grave emorragia interna, sono fatti che, congiunti agli altri criteri obiettivi, difficilmente lasciano dei dubbi nella mente del chirurgo.

Nel periodo secondario si ha qualche segno differenziale caratteristico.

La sede ordinaria dell'ematoma sottoperitoneale è il legamento largo. Il sangue versato costituisce quivi un tumore palpabile che sposta l'utero da un lato. Quando il versamento procede da ambo i lati ed in gran copia, invade il connettivo rettouterino e

retto-vaginale, disseca il peritoneo che circonda il retto, e comprime questo fortemente, sin quasi ad ostruirlo. Il connettivo perivaginale viene ordinariamente interessato, onde si possono toccare, tra vagina e retto, delle masse indurite che costituiscono i pilastri della volta, la cui superficie si percepisce costantemente di forma *concava* alla esplorazione vaginale. Il peritoneo del DOUGLAS può venire più o meno disseccato e rialzato, a seconda la copia del versamento ; e il tumore assume spesso la forma di un cono, la cui base incavata corrisponde alla volta vaginale.

Lo stesso non può avvenire nel versamento intraperitoneale. Il cul di sacco di DOUGLAS, che è il punto più declive del bacino, non può essere spinto sino ad occupare il cellulare rettovaginale ; un meccanismo siffatto è contrario alle leggi che regolano i versamenti liberi : infatti, da principio il sangue è liquido, e forma una specie di lago libero che s'incista in secondo tempo ; meno il caso che preesistano delle false membrane ; ma la resistenza di queste non può essere tale da far subire al sangue una disposizione totalmente diversa. Il materiale versato viene spinto in basso dal proprio peso e dalla pressione endoaddominale, ma sempre dentro i limiti del cul di sacco peritoneale, onde è che all'esplorazione vaginale il tumore si percepisce sempre a superficie *convessa*, meno dura e resistente dell'ematoma estraperitoneale, e fornisce spesso al dito la nota sensazione caratteristica come se si comprimesse un sacchetto di neve, il quale non è situato nel legamento largo, ma occupa specialmente il cul di sacco di DOUGLAS e può estendersi verso i lati.

Nel caso di ematoma intraperitoneale, l'utero è fortemente sospinto dietro la sinfesi pubica e abbassato, il suo collo schiacciato nel senso anteroposteriore e rammollito, la sua cavità, quasi costantemente, ingrandita ; i sintomi di una irritazione più o meno intensa del peritoneo pelvico non cessano mai.

Nell'ematoma sottoperitoneale l'utero è immobilizzato, e può essere anche fortemente sospinto dietro il pube, quando il versamento è notevole, ma la compressione maggiore è verso il retto,

il collo dell'utero non è rammollito, la sua cavità quasi mai ingrandita.

Infine, vi sono i criteri che si riferiscono alla etiologia, all'esordire del male, al decorso che, come si è detto, suole essere benigno nell'ematoma sottoperitoneale, e quasi sempre ribelle nell'ematoma intraperitoneale.

Quando si apre l'addome è difficile che si possa perdurare nell'errore, e confondere l'emorragia del legamento largo con l'emorragia intraperitoneale: poichè nel primo caso il peritoneo ricopre il tumore sanguigno, che è libero di aderenze, e i rapporti anatomici della regione possono essere rilevati con sufficiente chiarezza.

**Osservazione 1<sup>a</sup>.** — Sciacca Liboria, di anni 27, da Alcamo. Non soffersse, fino a sei anni fa, malattie degne di nota. Prima mestruazione a 13 anni, regolare in seguito. Maritata a 16 anni, ebbe, nel corso di due anni, tre gravidanze a termine, con puerperi normali.

Sei anni addietro, senza cause apprezzabili, fu colta da intensi dolori alla piccola pelvi, forti punture al pube, tenesmo vescicale e rettale; contemporaneamente ebbe perdite abbondantissime di sangue nero e, pochi giorni dopo, febbre alta. Non risulta che tali fatti coincidessero con l'epoca mestruale. Da quell'epoca datano le sue sofferenze, poichè le crisi si sono sempre ripetute con intervalli di due a sei mesi e accompagnate da perdite abbondanti. I sintomi di una irritazione continua del piccolo bacino non cessarono mai, e resero impossibile ogni rapporto sessuale.

Buona costituzione, pannicolo adiposo discretamente sviluppato, colorito anemico, aspetto sofferente, voce fioca.

Per vagina si tocca l'utero antiverso, immobile, ricacciato dietro il pube, collo rammollito, schiacciato; la sonda penetra per 8 centimetri. Fornice posteriore depresso da una massa pastosa, che riempie il DOUGLAS, connessa all'utero, dolentissima alla pressione, poco delimitabile, fornici laterali duri, dolenti. Con la osservazione rettale si percepisce una intumescenza irregolare che

riempie il DOUGLAS, e si estende specialmente a destra nel parametrio.

I risultati dell'anamnesi e l'esame obbiettivo autorizzavano la diagnosi di pelvi ematoma intraperitoneale; il volume medio del tumore, l'estendersi particolarmente ad un lato del bacino, il suo esordire insidioso, il progredire lento ma continuo, facevano pensare ad una solpingite emorragica e ad una perisolpingite consecutiva, come varietà etiologica dell'ematoma stesso; il sangue si era versato in un modo lento e progressivo. Meno accettabile era l'ipotesi di un tumore tubarico di altra natura imbrigliato e circondato da essudati plastici di antica data.

Laparotomia il 30 aprile 1892.

Il cul di sacco di DOUGLAS è riempito da un corpo di consistenza pastosa, allungato a guisa di cilindro, che si distacca con poca difficoltà dalle molteplici aderenze che ha col peritoneo pelvico, e si continua ai due lati con le trombe, notevolmente ingrossate e bitorzolute, a guisa di rosario, aderenti ai legamenti larghi.

Il contenuto del tumore e delle trombe è un materiale melonotico, dove più, dove meno denso, costituito da grumi sanguigni degenerati. La tromba destra, che è molto più voluminosa della sinistra, ha il padiglione ipertrofico con frange larghe ed ispessite, l'orificio addominale aperto con un diametro di circa millimetri 4, e si continua col tumore retrouterino.

La tromba e l'ovaia destra vengono asportate, anche la tromba sinistra viene rimossa; l'ovaia sinistra, che è poco alterata, si lascia in sito.

Nettamento con le spugne asettiche, e sutura a tre piani.

Il decorso ulteriore fu turbato dalla sopravvenienza di una limitata pleurite destra che rese necessaria l'applicazione di alcune mignatte. La ferita operatoria aderì completamente al settimo giorno. Nessun sintomo rilevante dalla parte del bacino. L'operata ritorna al proprio paese il 29 maggio, in istato di benessere.

**Osservazione 2<sup>a</sup>.** — F. C., di anni 32 da Castellammare; ha sofferto, sin da bambina, febbri intermittenti di natura palustre.

Mestruata per la prima volta a 15 anni, ebbe una prima gravidanza normale a 20 anni, e una seconda dopo due anni; ma questa volta il parto avvenne all'8° mese, e fu seguito da febbre lieve e da sintomi di irritazione pelvica, specialmente a sinistra. Dopo alcune cure, la donna riacquistò la salute primitiva, ma il tributo mensile non fu più regolare; anticipava spesso ed era più abbondante, sempre preceduto da turbe dolorose. Tre anni dopo rimase nuovamente incinta; la gravidanza fu a termine e il parto normale. Le mestruazioni si ripristinarono dopo sei mesi e procedettero con maggiore regolarità che per lo passato.

Ora sono 18 mesi, ebbe un ritardo di 16 giorni, quando, in seguito a lieve emozione, fu assalita da dolori atrocissimi alla pelvi, e contemporaneamente ebbe perdite di sangue copiose. Seguì uno stato di collasso, e fu creduta in fin di vita. Poi si riebbe, ma le sofferenze non sono mai cessate completamente, e nel periodo di un anno, le crisi dolorose si sono ripetute tre volte e le metrorragie sono state quasi continue.

L'ammalata, che è in uno stato di profonda anemia, presenta al basso ventre una specie di tumescenza, che dalla fossa iliaca destra si eleva verso la spina iliaca, per sei centimetri circa sulla piega inguinale. Il tumore non è nettamente delimitabile, di consistenza pastosa, molto dolorabile, fisso.

Per vagina: collo uterino schiacciato, rammollito, utero fisso dietro la sinfesi, abbassato, e spostato a sinistra; la sonda misura otto centimetri. Fornici posteriore e destro molto depressi, costituiscono una specie di calotta ellittica a convessità inferiore, di consistenza elastica, non fluttuante; questa depressione corrisponde alla intumescenza che si palpa al di sopra dell'inguine, e non si sposta. Il fornice sinistro è pieno, ma poco depresso. Con la osservazione rettale si tocca il tumore, pastoso, elastico, che involge l'utero e deprime fortemente il retto.

Fatta diagnosi di pelvi ematoma intraperitoneale, si ritiene necessaria l'operazione, che vien praticata il giorno 16 maggio 1893.

Aperto l'addome e rotte le stratificazioni di essudati che rico-

prono la tumescenza, si trova questa costituita di una massa di grumi, di colore ardesiaco, molto denso verso la periferia, meno consistente e più rosso in corrispondenza del cul di sacco retto-uterino, dove si rinviene l'estremo periferico della tuba destra dilatato ad ampolla, con orificio aperto e con le frange ingrandite e deformate; la ampolla contiene, in piccola quantità, del materiale gelatinoso. L'ovaio destro ingrossato è saldato alla tromba serpiginosa e al legamento largo. Rimossi i coaguli, tromba ed ovaia vengono asportate.

Anche gli annessi di destra, che sono alterati da un processo flogistico cronico, vengono asportati.

Nettato il peritoneo pelvico, passandovi fortemente con le spugne, si richiude l'addome.

Il decorso ulteriore completamente benigno. L'operata lasciò l'ospedale, guarita, il giorno 10 aprile 1893.

### III.

#### **Lesioni infiammatorie degli annessi**

Le laparotomie da me fatte per lesioni infiammatorie degli annessi sono in totalità 16; delle quali 5 sono state già pubblicate (1) e 11 formano oggetto della presente pubblicazione.

Di queste 16 laparotomie, 8 sono state praticate per lesioni non suppurate, e 8 per lesioni suppurate. Le mie operate sono tutte guarite, e i risultati immediati e lontani dell'operazione sono stati tutti eccellenti, avendo avuto occasione di rivedere le operate molto tempo dopo l'atto operativo.

Il numero di queste operazioni, che sono fra le più difficili della ginecologia operativa, va di giorno in giorno aumentando a misura che cresce per esse la familiarità dei chirurghi, sia nel manuale operativo, come per la esattezza e precisione della diagnosi,

---

(1) *Riforma medica*, n. 61, 62, 63 - Anno 1892. — *Sicilia medica*, Anno II, fasc. III e IV.

ed in ragione anche della fiducia che le povere sofferenti hanno nell'azione del chirurgo. Ritengo quindi che l'ablazione degli annessi ha un grande avvenire, perchè la frequenza delle lesioni infiammatorie di questi organi è certamente grandissima; SCHAUTA asserisce che sopra 6000 inferme, 1000 presentarono lesioni degli annessi (*Congresso della Società Tedesca di ginecologia*, luglio 1893).

Quanto alla etiologia delle piosalpingiti, il fattore più frequente è il gonococco di NEISSER, la cui azione sulla sierosa peritoneale si ritiene innocua, più raramente lo streptococco piogeno e lo stafilococco aureo; più raramente ancora il diplococco di FRANKEL-TALAMON e il bacillo della tubercolosi. Il gonococco è il solo agente patogeno atto ad invadere il collo uterino e a provocare una malattia specifica quando l'epitelio è sano; e ciò accade in grazia del suo potere di penetrazione nelle cellule cilindriche epiteliali. Per la penetrazione di altri agenti sono necessarie lesioni dei tessuti.

Ma non è da ritenere che sia sempre necessario un contagio diretto per provocare una infiammazione negli annessi uterini; e non sono rari i casi di affezione degli annessi anche in giovinette vergini, che, in grazia del loro mestiere, hanno bisogno di mettere in continuo movimento ambedue le gambe. TILLAUX ed altri hanno ultimamente riferito osservazioni di questo genere.

Riguardo alla opportunità dell'intervento operativo, nei casi di salpingo-ovarite, non suppurata, io mi sono sempre limitato a quelli di data non recente, e nei quali sono stati inutilmente esperiti tutti gli altri presidii curativi, compreso talune volte il raschiamento, il drenaggio dell'utero; con questo mezzo ho potuto ottenere lo svuotamento per le vie naturali di un voluminoso tumore salpingeo, sorto per propagazione di una endometrite blenorragica, il quale poteva agevolmente palparsi al lato destro dell'utero e spostava quest'organo dal lato opposto. La inferma non può dirsi ora completamente esente di ogni sofferenza, ma senza dubbio gli attuali patimenti non sono neppure un pallido riscontro di quelli di una volta, e lo stato generale è per ogni riguardo soddisfacente.

Ma quando l'affezione dura da parecchio tempo, e, a parte dei criteri forniti dall'attenta osservazione obbiettiva, il sintomo dolore, provocato e spontaneo, e i disturbi nella minzione e nella defecazione persistono sempre, non ostante il riposo prolungato, o appena sopiti si riaccendono non sì tosto la donna ritorni alle abituali sue occupazioni; allora ogni considerazione impone di secondare il desiderio delle povere inferme che, quasi sempre, domandano di essere liberate dalle loro sofferenze.

Circa ad alcune modalità del manuale operatorio, io taglio sempre col termocauterio gli organi che devo asportare, faccio la pulitura con le spugne inzuppate in una soluzione fenica all'uno per cento; e rispetto, quanto è possibile, la tromba o la ovaia di un lato, se questi organi non sono sede di grandi alterazioni e non aderiscono fortemente al cul di sacco peritoneale; in un solo caso ho fatto la resezione della tromba idropica e molto allungata senza che ciò producesse sofferenza alcuna alla donna; la mestruazione ha persistito.

Non ho applicato mai il fognamento, neppure nei casi in cui il pus delle trombe e delle ovaie si è versato nel peritoneo durante l'operazione. La questione del drenaggio, nei casi di solpingo ovarite suppurata, è tuttora vivamente dibattuta, e non mancano chirurghi i quali lo applicano come norma, specialmente quando si ha il dubbio che qualche goccia di pus sia colata nel bacino nel momento dell'asportazione. SCHAUTA ( loco citato ) e WERTEIM propongono di fare l'esame batteriologico del pus, seduta stante, per decidere se si deve o pur no fare la fognatura, la quale è sempre necessaria quando esiste virulenza. Ma, a parte le difficoltà che spesso si oppongono ad un profondo esame batteriologico, e la perdita di tempo durante l'atto operativo, che deve necessariamente aumentare la gravità dell'atto stesso, è da considerare che non basta l'esame microscopico per decidere se la virulenza vi sia, ed è provato che nemmeno le culture sono sufficienti; solo l'esperimentazione sugli animali ha un valore probativo.

I risultati statistici provano ad evidenza che il pus contenuto nelle trombe e nelle ovaie è, nella maggior parte dei casi, sterile;

ed è in base a questa considerazione ed agl'inconvenienti che possono tener dietro al fognamento, che MARTIN, KALTENBACH, CROBAK, ZWEIFEL e quasi tutti i chirurghi tedeschi lo hanno abbandonato, adoperandolo eccezionalmente nei casi difficili, come, ad esempio, la comunicazione del sacco dell'ascesso col retto. La mia esperienza personale, per quanto limitata, non mi porta a conclusioni diverse: ho operato parecchi casi in cui quantità non indifferenti di pus si sono versate nel peritoneo, per rottura inevitabile del sacco nel momento del distacco; ho chiuso sempre la cavità addominale, e il decorso post-operativo è stato sempre benigno. L'esame batteriologico del pus non ha rivelato mai la presenza dello streptococco o dello stafilococco aureo.

Non ho alcuna esperienza personale circa il metodo di PÈAN-SEGOND, rispetto alla castrazione uterina per affezione degli annessi. Per arrivare a questi bisogna estirpare l'utero a pezzi dalla vagina, con un manuale descritto da questi operatori. La discussione impegnata nell'ultimo Congresso dei chirurghi francesi ha portato alla conclusione che la laparotomia sia, con regola, da preferire, perchè meno pericolosa perchè permette in taluni casi di conservare, senza accidenti, gli annessi di un lato; perchè dà risultati lontani eccellenti. La isterectomia merita di essere applicata in taluni casi speciali, quali: le suppurazioni diffuse ed antiche invadenti tutti i tessuti attorno all'utero e agli annessi; nei casi di fistole della vagina e del retto ribelli ad ogni altro trattamento, o di persistenza di un tumore doloroso degli annessi dopo una laparotomia.

Per conto mio, posso dichiarare che la impossibilità operatoria, invocata dai fautori della isterectomia l'ho trovata in un solo caso, già pubblicato, di para- e perimetrite cronica datante da più di sei anni e consecutiva a voluminoso piosalpinge svuotato per la via uterina mediante il drenaggio. Le sofferenze diminuirono per il semplice fatto dell'apertura dell'addome.

Nel resto dei casi sono riuscito sempre a distaccare gli annessi anche quando questi, confusi con l'utero e con la vescica, formava-

no una massa unica con attacchi tenacissimi al piccolo bacino (V. OSS. 4., 5., 9., 11<sup>a</sup>).

Nei casi che ho riferiti nelle osservazioni 5. e 9. io sono convinto che, operando per la vagina, non avrei potuto evitare estese lacerazioni della vescica urinaria e forse anche degli ureteri.

I risultati lontani della laparotomia sembra che siano migliori di quelli dell'isterectomia; e se qualche volta è occorso di dover praticare la isterectomia secondaria per laparotomia infruttuosa, sono stati più frequenti i casi in cui si è dovuto praticare la laparotomia in seguito della isterectomia.

M'ingannerò, ma ritengo infine che per la via addominale, e specialmente con la posizione elevata del bacino, si possono dominare con più sicurezza le complicazioni eventuali dei singoli casi, comprese le aderenze intestinali, che talvolta sono molteplici e tenacissime; io non so, per esempio, in qual modo, operando per vagina, si sarebbe potuto evitare nell'osservazione 10<sup>a</sup> la lacerazione dell'intestino cieco, e la rottura dell'appendice vermicolare, che erano fisse al bacino e saldate con la parete della ciste, e poterono essere distaccate con grande fatica lavorando a portata della vista, quando il tumore era stato vuotato e in gran parte liberato dagli attacchi con l'utero.

Ora ecco, in succinto, le undici osservazioni:

#### Lesioni non suppurate

**Osservazione 1<sup>a</sup>.** — Di Gaetano Vincenza, d'anni 46, di Castellammare. Cinque gravidanze normali; tra l'una e l'altra un periodo di tre anni. L'ultimo sgravo, che avvenne tre anni fa, fu seguito da sintomi di perimetrite, con sofferenze che sono andate aumentando d'intensità. Ha continue metrorragie. Sei mesi addietro fu praticato il raschiamento e il drenaggio dell'utero, senza risultato. Le perdite sanguigne e i dolori continui hanno molto estenuato l'ammalata.

Con l'esplorazione, si trova l'utero abbassato, poco mobile, fornici dolenti. L'osservazione combinata, fatta sotto la cloronar-

così, lascia percepire gli annessi ingrossati, impigliati in essudati plastici e aderenti all'utero.

Laparatomia, 3 settembre 1892.

Le ovaie sclerosate, sono fortemente aderenti ai legamenti larghi, ispessiti e retratti. Le trombe allungate, serpiginose, dure, a forma di rosario e senza vestigio di frange, aderiscono alle ovaie e ai legamenti. Utero in antiflessione forzata per la retrazione dei legamenti. Gli annessi di ambo i lati vengono asportati.

Decorso ulteriore normale. L'operata viene dimessa, guarita, il 10 ottobre. In atto trovasi in buono stato di salute; le perdite di sangue e le sofferenze sono cessate del tutto.

**Osservazione 2<sup>a</sup>** - — Patti Maria, di anni 29, da Regalbuto (provincia di Girgenti), donna di facili costumi. Soffre di continue perdite sanguigne e di dolori pelvici intensissimi. Prima mestruazione a 14 anni; a 20 anni gravidanza normale, parto a termine, puerperio normale, secondo asserisce la donna. Dopo il sesto mese di lattazione, ritorna il flusso mestruale con carattere di metrorragia. Da quell'epoca datano le sue sofferenze. Non sa di essere stata mai contagiata.

Nutrizione molto scaduta; intensa oligoemia. Utero abbassato, poco mobile. Fornici vaginali depressi, inelastici, specialmente il posteriore e il sinistro. Con la osservazione combinata si percepiscono due tumori poco delimitabili ai lati dell'utero, dolentissimi alla pressione.

Laparatomia, 15 novembre 1892.

La piccola pelvi è piena di essudati plastici che ricoprono gli annessi e in buona parte anche l'utero. Con adatte manovre si riesce a lacerare questi essudati e a scoprire l'ovaia di sinistra, grande quanto un uovo di pollo ed encistica; la tromba molto aumentata di volume e serpiginosa, aderisce all'ovaia. In condizioni quasi identiche si trovano gli annessi di destra. Se ne fa l'asportazione, previe molte legature.

Nettamento del cavo pelvico e chiusura della ferita addominale.

Decorso eccezionalmente benigno. Quindici giorni dopo l'atto operativo, la donna ritorna al proprio paese in condizioni di salute molto soddisfacenti.

**Osservazione 3<sup>a</sup>.** — Trattasi di una giovane di 24 anni. Ingolia Carmela, da Castelvetro, la quale a 17 anni sembra sia stata contagiata di blenorragia; all'età di 20 anni ebbe una gravidanza abortiva, e da quell'epoca datano le sue sofferenze caratteristiche delle affezioni del piccolo bacino. Due anni dopo le fu diagnosticata una salpingo-ovarite, e le si praticò il raschiamento dell'utero, dal quale risentì temporanei vantaggi. Ma poco dopo ricominciarono i dolori al bacino; la minzione e la defecazione sono notevolmente disturbate.

Col riscontro si constata l'utero quasi immobile, il collo deviato a sinistra; con la osservazione combinata si toccano le ovaie ingrossate, dolentissime, non spostabili, aderenti alle trombe.

Laparatomia il 21 aprile 1893.

Le due ovaie si trovano lussate, ingrossate e fortemente aderenti al peritoneo pelvico. Vengono asportate. Le trombe allungate e serpiginose si possono facilmente distaccare dalle ovaie e vengono rispettate.

La guarigione avvenne senza alcun incidente, e l'operata ritornò al proprio paese il 22 maggio. Non ho notizie del suo stato attuale, ma, dal momento che non si è più presentata, debbo ritenere che sia buono.

**Osservazione 4<sup>a</sup>.** — Domingo Maria, di anni 28, da Alcamo, ben costituita. Maritata in età di 19 anni, ebbe un aborto a tre mesi, e poi una gravidanza a termine. Rimasta vedova, prese un secondo marito, e fu da questi contagiata. Da quell'epoca cominciarono le sue sofferenze caratteristiche delle infiammazioni del bacino, e nel periodo di sette anni non sono mai cessate, malgrado le molte cure intraprese. Le mestruazioni sono sempre irregolari; gli accessi dolorosi si ripetono con grande frequenza.

Utero fisso, leggermente abbassato. Fornici laterali pieni,

ma non depressi. Spingendo fortemente il dito in alto si provoca molto dolore, e si percepisce, con la osservazione combinata, tanto a sinistra che a destra dell'utero, una massa non delimitabile, che fa unico corpo con quest'organo, e che ha sede nei legamenti larghi fortemente retratti.

Operazione, 3 luglio 1893. Tanto a destra che a sinistra dell'utero, si toccano delle masse informi ricoperte da essudati fibrosi resistentissimi. Manovrando con molto stento, si riesce a lacerare la fitta membrana che ricopre il tumore a sinistra e a distaccare questo dalle fortissime connessioni che ha col cul di sacco peritoneale e col bacino: l'ovaia ipertrofica e la tromba circoscrivono una piccola cavità contenente un liquido molto denso ed oscuro. Difficili riescono le legature a cagione della retrazione del legamento largo notevolmente ispessito.

Le difficoltà che s'incontrano a destra sono di gran lunga maggiori: tromba ed ovaia, completamente fuse e deformate, si distaccano mercè grandi sforzi dai tessuti circostanti e dall'utero, il cui margine viene lacerato e dà luogo ad emorragia che a tutta prima non si riesce a domare, a cagione della impossibilità di portare l'utero in alto presso il campo della ferita addominale: si passano alcuni punti di sutura a sopraggitto che comprendono la sierosa, il tessuto muscolare uterino e i vasi beanti. In questo modo si arresta l'emorragia e si conduce a termine l'operazione, una delle più faticose e difficili che io abbia fatte.

Il decorso post-operativo fu asettico; ma verso il 12° giorno, essendosi la donna levata e sottoposta a qualche strapazzo, avvertì dolore all'inguine destro e si costituì quivi profondamente nel bacino un tumore del volume di una arancia, che era evidentemente un ematoma pelvico dipendente da legatura mal fatta.

Col riposo il tumore diminuì di volume, ed era ridotto ad un terzo quando la donna, 24 giorni dopo, soffrendo pochissimo, volle ritornare al proprio paese. La rividi dopo tre mesi: il tumore era quasi totalmente scomparso, le sue sofferenze quasi cessate, la salute generale buona.

**Osservazione 5<sup>a</sup>.** — Bonventre Liboria, di anni 36, da Castellammare; è una donna estremamente emaciata ed anemica. Fu contagiata di sifilide; e da giovane contrasse l'infezione palustre. Ha febbre subcontinua: l'urina contiene tracce di zucchero. Cinque gravidanze a termine, una abortiva, avvenuta sei anni addietro. Sebbene i sintomi d'inflammazione delle pelvi datassero dall'aborto, avvennero tuttavia in seguito due gravidanze normali.

Le crisi dolorose sono divenute frequentissime ed insopportabili da quattro mesi.

Per vagina: utero spostato a destra anteroverso, poco mobile; la sua cavità è normale, e lascia fluire un materiale muco purulento.

Con la osservazione combinata si percepisce, al lato sinistro dell'utero e nel cul di sacco retto-uterino, un tumore fluttuante del volume di una grossa arancia, immobile e connesso all'utero. L'esplorazione riesce molto dolorosa.

Laparatomia, 11 novembre 1893.

Introdotta la mano nel bacino, si tocca una fitta stratificazione di essudati che ricopre l'utero e gli annessi di sinistra, per modo che non è possibile rendersi conto dello stato in cui si trovano gli organi sottostanti. Lavorando con l'unghia del dito indice si riesce a distaccare quella specie di membrana dagli attacchi col sacro e con l'osso iliaco, e si ripiega in avanti; essa è formata di essudati resistentissimi che prendono attacco in avanti colla vescica urinaria, la quale è perciò stirata indietro e ricopre l'utero. E' notevole questa speciale disposizione dell'urociste, la quale per poco non venne scambiata per essudato e recisa. Il catetere introdotto per l'uretra chiarì l'equivoco in cui stavo per cadere; e così fu evitata una lesione di questo viscere, che avrebbe complicato di gran lunga l'atto operativo. Distaccata diligentemente la vescica della pseudo-membrana involgente, si scopre il tumore che è fortemente attaccato ai tessuti sottostanti e al margine uterino; si isola e si asporta previe doppie legature.

E' una ciste formata dall'estremo addominale della tuba e dall'ovaia che contribuisce con gli essudati a costituirne le pareti.

Il contenuto è un materiale sieroso, trasparente, come delle cisti ovariche.

Il decorso post-operativo fu completamente benigno. L'operata ritornò guarita al proprio paese il 26 novembre.

#### Lesioni suppurate

**Osservazione 6<sup>a</sup>.** — De Lisi Rosaria, di anni 20, da Alcamo. E' stata più volte ammalata di febbri malariche e reumatiche. Maritata a 17 anni, ebbe un parto settimestre, con feto vivo; puerperio morbosissimo; forti dolori alla fossa iliaca destra e febbre. Dopo 14 mesi, si ripristinò la mestruazione con regolare periodo. Dieci mesi fa, si riaccessero i dolori alla fossa iliaca destra; e da quell'epoca perde frequentemente sangue dai genitali e va soggetta ad accessi febbrili ed a crisi dolorose con accentuazione nella fossa iliaca destra. Da molto tempo i rapporti sessuali non sono tollerati.

Con l'esame combinato si riconosce l'esistenza di corpi duri ed irregolari in corrispondenza degli annessi uterini; più voluminoso il tumore di sinistra. Dall'utero cola un liquido purulento.

Si fa diagnosi di salpingo ovarite suppurata.

Operazione 14 maggio 1892.

L'ovaia destra, del volume di una piccola arancia, aderisce al peritoneo pelvico; nel distaccarla, si rompe e lascia colare circa trenta grammi di materiale puriforme; legamenti fortemente ispessiti. Si escide unitamente alla tromba che vi aderisce.

A sinistra il tumoretto ovarico è più piccolo di quello di destra e contiene parimente pus, riesce facile asportarlo assieme alla tromba.

Pulitura del peritoneo pelvico con spugne inzuppate di acqua sterilizzata e fenicata all'uno per cento.

Guarigione rapida. L'operata resta qualche giorno di più all'ospedale a causa di una piccola smagliatura verificatasi nella ferita cutanea. Quando va via, il 12 giugno, lo scolo purulento dell'utero è cessato; lo stato generale è notevolmente migliorato, e si mantiene tuttora buono.

**Osservazione 7<sup>a</sup>** — La Russa Caterina, da Castelvetro, contadina, di anni 24. Madre vivente e sana, genitore morto giovane in seguito di emottisi. Flussi mestruali poco regolari. Due gravidanze normali nel corso di due anni. L'ultimo sgravio, che avvenne sei mesi addietro, fu seguito da pelviperitonite, e da quella epoca la donna non ha potuto lasciare il letto tormentata dai sintomi di una salpingo ovarite con ricorrenti accessi febbrili.

L'ammalata è molto emaciata ed anemica; negli organi respiratori nessun indizio di affezione tubercolare.

Utero lateroverso a destra; l'esplorazione riesce molto dolorosa.

Laparotomia 21 giugno 1892.

Le ovaie e le trombe conglomerate, costituiscono due tumoretti, come uovi di pollo, fortemente aderenti all'utero, ai legamenti larghi, e, per forti gittate, al bacino. L'ovaia cirrotica è circondata da molte piccole cisti e contiene nel centro un nucleo di materiale puriforme, denso, caseificato.

Trombe ed ovaia vengono asportate.

Guarigione rapida.

**Osservazione 8<sup>a</sup>**. — Denaro Caterina, di anni 30, da Castelvetro. Prima mestruazione a 12 anni; a 15 anni prima gravidanza a termine; dopo 3 mesi rimase nuovamente incinta, il parto fu normale. Seguirono due aborti, e poi altra gravidanza a termine. Otto anni addietro, altra gravidanza, che fu interrotta al 6° mese, e seguita da febbre e forti dolori pelvici. Da quell'epoca va soggetta a continue crisi dolorose ed ha purghe sanguinolenti dalla vagina.

Stato generale deperito; fornici depressi e dolenti. Con la osservazione combinata si percepiscono ai lati dell'utero e nello spazio retto-uterino due tumori, ciascuno del volume di una arancia.

Laparotomia 8 luglio 1893.

Molti essudati plastici ricoprono gli annessi di ambo i lati; rimossi questi essudati si trova a sinistra una piccola ciste sierosa, la

quale si rompe durante il distacco ; più in giù in rapporto col legamento utero-ovario e sulla volta vaginale si tocca l'ovaia voluminosa ed encistica con contenuto purulento ; si riesce a portarla fuori senza che il contenuto si versi nel bacino.

A destra, ovaia e tromba costituiscono unico corpo. L'estremo frangiato della tromba è dilatato ad ampolla ed ha un contenuto sieroso ; l'ovaia contiene pus.

Il distacco del bordo uterino dà luogo ad una discreta perdita di sangue.

Nessun incidente spiacevole nel decorso post-operativo : la guarigione fu rapida. La donna lasciò l'ospedale 20 giorni dopo l'atto operativo.

**Osservazione 9<sup>a</sup>.** — Scibilia Giuseppa, di anni 30, da Castellammare ; entra nell'ospedale il 5 settembre 1893. Si lamenta di varie sofferenze alla parte inferiore dell'addome e al bacino ; da un anno in qua, va soggetta a frequenti perdite di sangue.

Una sola gravidanza normale dieci anni addietro, con puerperio regolare. Or sono cinque anni, si avvide di un tumoretto, che partiva dalla fossa iliaca sinistra ; e poco tempo dopo fu colta da intensi dolori in quella regione e da febbre alta. Fu, per lo spazio di due mesi, in grave stato, e migliorò in seguito di una emissione copiosa di materiale purulento e fetido dalla vagina. Da quell'epoca i dolori al bacino non sono mai cessati completamente, e un anno fa si riaccessero gli stessi sintomi gravi dell'altra volta, senza cause apprezzabili. La funzione mestruale restò notevolmente disturbata per durata e quantità eccessive.

All'entrata dell'inferma nell'ospedale si constata : addome sensibilmente rilevato nel quadrante inferiore sinistro ; fluttuazione poco distinta in questa località ; dolorabile la pressione profonda alla regione sopra inguinale dei due lati.

Per vagina : utero poco mobile in posizione quasi normale, fornicî resistenti, poco depressi. Con la osservazione combinata si tocca a sinistra il tumore fluttuante, poco teso, non delimitabile ; a destra non si percepiscono gli annessi che sono sostituiti da una

piccola massa pastosa. L'osservazione pel retto non fornisce criterii delucidativi.

Si fa diagnosi di ciste intraligamentosa di sinistra, complicata da doppia salpingo ovarite.

Il 16 settembre 1893 si procede alla laparatomia.

Aperto l'addome, si presenta la ciste a pareti sottili, afflosciate, la quale procede dal legamento largo di sinistra ed ha radici a ventaglio sino alla cresta iliaca. Si punge, ricavandone grammi 1200 circa di liquido limpido cedrino. Si comincia ad esciderla, previa legature in doppio, non essendo possibile enuclearla.

Ma il grosso del peduncolo si continua in basso con un tumore formato dalla tromba e dalla ovaia sinistra fra loro intimamente saldate e contenenti pus; l'utero e l'urociste sono fortemente saldate a questo tumore, e nel distaccarle si produce una lacerazione di circa tre centimetri nella parete della vescica senza che ne resti intaccata la mucosa. Notisi però che questo viscere era così poco riconoscibile che per poco non venne compreso fra le legature emostatiche praticate per la escissione di quella massa informe di tessuti, che risultava dalla fusione dei vari organi costituenti il tumore.

Al lato destro la alterazione dagli annessi non differisce da quella di sinistra; la loro fusione con l'utero è completa, e la tromba, ingrossata come il dito di un adulto, circonda, a guisa di cresta, tutto il fondo dell'utero, dal quale non può venire distaccata che con la punta delle forbici e col termocauterio. Il lume della tromba contiene pus e molte fungosità. Delle forti gittate fibrose attaccano gli organi così degenerati al legamento largo e al bacino, sino alla cresta iliaca. Tolti i tumori, si riunisce con pochi punti di sutura la sierosa della vescica lacerata, e si pulisce il bacino con le spugne.

L'operazione, eccezionalmente laboriosa, durò ottanta minuti.

Decorso ulteriore completamente asettico.

L'operata lasciò, guarita, l'ospedale il 10 ottobre 1893.