

Ovarite blenorragica suppurata

Osservazione 10^a— Calabrese Vincenza, di anni 26, da Alcamo. Buoni precedenti. Maritata a 15 anni. Cinque gravidanze normali, una delle quali gemellare, con parti spontanei; l'ultimo sgravio, avvenuto un anno fa, fu seguito da lievi dolori pelvici, più accentuati a destra. Questi dolori divennero intensissimi tre mesi addietro, in seguito a contagio blenorragico, e non sono più cessati, limitandosi sempre a destra. Durante i due mesi di degenza nell'ospedale, l'ammalata ha avuto febbre atipica, talvolta molto elevata ed intermittente. E' di un colorito profondamente anemico. Emometria 59.

Con la osservazione combinata, si constata nella fossa iliaca destra un tumore, poco delimitabile, e non molto dolente, grosso come un'arancia, elastico e quasi fluttuante, che deprime leggermente il fornice vaginale e sposta l'utero a destra; quest'organo è fisso ed abbassato.

Si fa diagnosi di affezione suppurata degli annessi di destra, con probabile infezione mista da gonococchi. L'ovaia, di già ammalata, può infettarsi nel momento della mestruazione e dar luogo ad un ascesso (LEOPOLD).

Laparatomia il 22 dicembre 1893.

Al lato destro dell'utero si trova il tumore ricoperto da spessi essudati e fortemente aderente al bacino. Distaccatolo con molta diligenza, si porta verso il campo della ferita addominale, e con un sottile trequarti si vuotano circa cento grammi di materiale puriforme. La tromba molto ingrossata aderisce alla superficie del tumore, che viene con essa asportato. Nessun contenuto penetra nel peritoneo.

Decorso post-operativo estremamente benigno.

L'operata ritorna al proprio paese il 9 gennaio successivo, cioè 18 giorni dopo l'atto operativo.

L'esame del tumore rivelò gli elementi del tessuto ovarico, e nel contenuto furono trovati molti stafilococchi assieme a gonococchi di Neisser. Trattavasi dunque d'infezione mista.

Osservazione 11^a — Scibilia Maria, di anni 36, vedova, di Trapani. Tre gravidanze normali : l'ultimo figlio conta 17 anni. Da quest'epoca datano le sue sofferenze. Forti dolori pelvici localizzati a sinistra, accessi febbrili ricorrenti, mestruazioni irregolari, perdite continue di pus dalla vagina. I dolori si esacerbano ad ogni minimo strapazzo ; talchè la donna è inabilitata a qualsiasi lavoro.

Utero abbassato, fisso, lateroverso a destra, fornici vaginali sinistro e posteriore depressi, elastici. Con la osservazione combinata si tocca una tumescenza a limiti poco definiti, fluttuante, che occupa il lato sinistro delle pelvi, sin presso la cresta iliaca, per nulla spostabile, intieramente connessa all'utero.

Fornice destro poco dolente.

Dall'utero cola un materiale puriforme. Corpo uterino antiflesso ; cavità 7 centimetri. Si fa diagnosi di affezione suppurata degli annessi di sinistra con fortissime aderenze al bacino. Si dilata la cervice uterina e si pratica lo scucchiamento dell'utero. Il tumore pelvico non si riduce per questo.

Dopo un mese si passa alla laparotomia ; 7 marzo 1894.

La cloroformizzazione riesce di grande difficoltà, non potendosi riuscire ad ottenere il rilasciamento muscolare completo, per quanto sia grande la quantità dell'enesetico usato : l'ammalata, eccessivamente nervosa, si contrae fortemente ad ogni tentativo di manovra nel bacino.

Il lato sinistro della pelvi è completamente pieno da una massa pastosa, coperta da una fittissima rete di essudati, che la legano fortemente all'utero e al bacino. Manovrando con le dita per distaccare questi essudati ed enucleare il tumore, questo si rompe, prima che sia giunto alla portata della vista : e il materiale, *pus* denso della quantità di 100 grammi circa, si versa nel peritoneo. Si procura di raccogliarlo con le spugne. Si escide il peduncolo, si decortica il bacino con le spugne asciutte, e si ha una notevole emorragia a nappo.

Si fa il lavaggio addominale ; e intanto la donna cade in collasso, con segni evidenti di asfissia polmonare e cardiaca. Per più di mezz'ora, si pratica la respirazione artificiale, e si mettono in

opera tutti i mezzi per rieccitare il cuore. Finalmente si riesce a scongiurare l'esito funesto, quando l'ammalata pareva irremissibilmente perduta.

Il decorso ulteriore, tolto il vomito che durò circa tre giorni, non fu turbato da alcuno incidente grave, e fu completamente afebrile. La donna fu dimessa guarita il 30 marzo.

IV.

Cisti ovariche e paraovariche

Osservazione 1^a. — *Ciste del legamento largo.* — Li Calzi Caterina, d'anni 26, fantesca, da Castelvetro. Nessun precedente ereditario. Prima mestruazione a 16 anni; un solo ritardo di due mesi, otto anni circa addietro, senza cause apprezzabili e con fieri disturbi generali. Cinque mesi fa, intensi dolori al basso ventre e febbre, che durò parecchi giorni: la mestruazione, che era da poco cessata, ricomparve con caratteri di metrorragia. Da quell'epoca la donna non stette più bene in salute, malgrado le funzioni uterine si ripristinassero regolarmente. Fu in tale occasione che si avvide di una ripienezza anormale del basso ventre. La sua costituzione è molto gracile, la nutrizione generale scaduta. Addome irregolarmente tumido: vi si palpa un tumore che s'infossa nel lato destro del bacino, e sorpassa di due centimetri la linea trasversa ombelicale, a contenuto liquido, pochissimo spostabile; nella sua parete anteriore si riscontra un piccolo corpo solido, come una castagna, discretamente sensibile al tocco.

Utero di poco ingrossato, lateroverso a sinistra, poco spostabile. Il tumore deprime fortemente il fornice vaginale destro e il posteriore; e all'osservazione combinata è pochissimo spostabile, dolente, dotato di fluttuazione.

E' facile pensare che si tratti di ciste del legamento largo di destra, ripiegata e aderente a tutto il bacino, in grazia della peritonite pelvica, che diede luogo ai sintomi sofferti dall'ammalata cinque mesi addietro.

Il corpicciuolo duro che si tocca al disopra dell'inguine destro è l'ovaio iperplastico e aderente alla parete cistica.

Laparatomia il 24 maggio 1892.

La ciste a pareti sottili e a contenuto sieroso, proviene dal legamento largo di destra e aderisce al peritoneo pelvico, l'ovaia è aderente alla sua parete anteriore. Liberata la ciste dagli attacchi col peritoneo, ed enucleata in parte dal largo picciuolo a ventaglio, il resto viene compreso fra quattro legature. Ripulitura del bacino con le spugne asettiche e sutura della ferita addominale a tre piani.

Decorso post-operativo completamente asettico. L'operata ritorna al proprio paese il giorno 12 giugno, 18 giorni dopo l'atto operativo.

Osservazione 2 . — *Ciste paraovarica ripiegata nel Douglas e fortemente aderente al bacino e ad alcune anse intestinali.* — Zolia Giacoma, di anni 42, contadina, da Siracusa, residente in Alcamo. Da giovane contrasse le febbri palustri. Fu mestrata per la prima volta a 16 anni; un anno dopo il flusso mancò per 12 mesi a causa di uno spavento. A 23 anni maritata. Nove gravidanze, di cui una abortiva, le altre normali. Sin da 10 anni avverte la presenza di un tumoretto nel quadrante inferiore sinistro dell'addome, che ha potuto sempre distinguere dall'utero gestante, e le ha recato qualche molestia, specialmente nel periodo dello sgravio e nel puerperio. L'ultimo parto avvenne 16 mesi addietro, e fu seguito da febbre alta e intensi dolori pelvici. Restò molti giorni a letto, e non ebbe più da quell'epoca un giorno di relativo benessere: si accentuarono notevolmente le abituali sofferenze al bacino; ebbe profuse metrorragie e perdite sieropurulente. Non avverte più la presenza del tumore al lato sinistro dell'addome.

Stato attuale: addome depresso, sensibile alla pressione in basso, e specialmente a destra, dove si palpa, profondamente nella fossa iliaca, una tumescenza indistinta.

Per vagina: utero abbassato, anteroverso, immobile, permeabile alla sonda per sette centimetri. Fornice posteriore forte-

mente depresso da un tumore molle e fluttuante che scende in basso sino al 3° medio della vagina deprimendo il retto intestino. Anche il fornice destro è pieno del tumore, che non si sposta affatto, e all'osservazione rettale non è delimitabile nè fornisce criteri differenti.

Si fa diagnosi di ciste paraovarica ripiegata nello spazio retto uterino, e fortemente aderente al bacino, in grazia della pelviperonite intercorsa dopo l'ultimo sgravio.

Laparatomia il 24 ottobre 1892.

Introdotta la mano nell'addome, si tocca il tumore che occupa il piccolo bacino e vi aderisce tenacemente ed ha fitte connessioni col cieco e con altre anse intestinali. Mentre si procede al distacco la sua parete si rompe e una parte del contenuto sieroso si versa nello addome. Le briglie fibrose che legano la parete cistica al cieco vengono recisi, previe legature, le aderenze con le altre anse intestinali si staccano con qualche difficoltà; una porzione della parete resta attaccata alla faccia posteriore dell'utero. Il tumore procede dal legamento largo sinistro, l'ovaio di questo lato vi aderisce fortemente ed è ingrossato encistico; anche la tromba è notevolmente aumentata di volume, indurita, iperemica, con lo estremo fimbriato, ispessito. Entrambi questi organi vengono asportati assieme al picciuolo della ciste: occorrono otto legature con cordoncino di seta.

Nettamento con le spugne dal cavo pelvico; poca perdita di sangue. L'operazione durò 45 minuti, e procedette senza alcun incidente, sotto la completa cloronarcosi.

Guarigione rapidissima. L'operata ritornò al proprio paese il 10 novembre.

Osservazione 3^a — Tartamella Francesca, di anni 57, da Trapani. Ha avuto sette gravidanze normali, nessun aborto; le funzioni dell'utero sono regolarmente cessate al 50° anno. Una sua sorella è morta per carcinoma dell'utero.

Da tre anni ha avvertito la presenza di un tumore al lato destro dell'addome, che non le recava alcuna molestia, ma che negli

ultimi sei mesi ha assunto un volume notevole, da riempire tutto l'addome. E' da notare che durante questo periodo la donna ha abitato in località soggetta al miasma palustre, per cui si trova in preda ad una completa cachessia ed è profondamente anemica ed emaciata. E' degno di nota il fatto del rapidissimo accrescimento della ciste sotto l'influenza della infezione malarica. Avevo visitato la donna quattro mesi prima che si presentasse a richiedere l'atto operativo; allora la ciste non sorpassava che di poche linee la zona ombelicale; nel momento dell'operazione riempiva tutto l'addome, rialzando il diaframma, e la circonferenza addominale all'ombelico era di centimetri 96.

La laparotomia, praticata il 29 aprile 1893, fece constatare una ciste del legamento largo di destra, scevra affatto di aderenze.

L'operata lascia l'ospedale guarita il 7 maggio, 12^o giorno dall'operazione.

Osservazione 4^a — Ciste ovarica. — La Rosa Vita, di anni 30, da Campobello, nubile. Padre morto di affezione cardiaca. Nessuna malattia rilevante. Ventre tumido sin dalla infanzia; quattordici anni addietro il suo volume era di già considerevole, in atto è enorme, più volte è stata evacuata una gran copia di liquido con la paracentesi.

Denutrizione profonda; urina scarsa ed albuminosa, per la compressione che il tumore esercita sui reni, diviene più abbondante e priva di albumina in seguito ad una evacuazione parziale del liquido sistico, fatta pochi giorni prima dell'atto operativo, nell'intento di evitare lo shock operatorio. Emometria 52.

Laparotomia, 13 ottobre 1893.

Ciste unilocolare, senza aderenze; picciuolo corto. Liquido tenuissimo, paglierino chiaro. Decorso semplicissimo. L'operata lascia il letto l'ottavo giorno; il dodicesimo ritorna al proprio paese.

Osservazione 5^a. Il presente caso clinico è di una importanza speciale, e va qui classificato perchè si riferisce ad una os-

servazione congenere di già pubblicata, e l'atto operativo si riduce ad una operazione completamente di ciste ovarica.

Nel maggio del 1890 fu ricoverata in questo ospedale, in condizioni gravissime, per ciste dermoide dell'ovaia in preda a suppurazione settica, la quarantasettenne Bertolini Maria da Favignana (1). L'asportazione del tumore fu allora incompleta per le molteplici aderenze viscerali e parietali che non poterono essere distaccate. La donna lasciò l'ospedale in condizioni generali eccellenti, ma con una fistola addominale che dava un secreto molto scarso. Due anni circa dopo, sulla parete addominale in corrispondenza dell'orificio fistoloso, cominciò a costituirsi una tumescenza, la quale crebbe, nel periodo di pochi mesi, sino a raggiungere il volume attuale, che è quella di una testa di feto a termine. Il tumore è di colorito rosso scuro con vene appariscenti, a guisa di calotta irregolare, sviluppato interamente sulla cicatrice, di consistenza ineguale, dove dura e bernoccoluta, dove molle e pastosa; non è molto dolente alla palpazione. Verso il margine inferiore di esso si vede nettamente l'antico forame fistoloso, dove lo specillo si infossa per cinque centimetri, penetrando con la sua estremità in una piccola concamerazione anfrattuosa che segrega uno scarso prodotto puriforme fetidissimo.

L'esame istologico di una piccola porzione del tumore non lasciava alcun dubbio sulla natura sarcomatosa di esso; ma era ovvio il pensare che una buona parte della tumescenza fosse costituita dagli elementi dell'antica ciste, il cui distacco non era stato allora possibile.

Operazione 9 novembre 1892.

Si comincia con lo spaccare il seno fistoloso, e si penetra stentatamente col dito, attraversando tessuti durissimi, in una piccola cavità a fondo cieco. Quindi s'incide la parete addominale attorno al tumore e alla distanza di poco più di un centimetro, profondamente sino al peritoneo, che viene intaccato e reciso gradatamen-

(1) V. *Riforma Medica*, n. 61, 62 e 63, marzo 1892 (Osservazione 10^a).

te, in guisa da distaccare il tumore dalla parete addominale, ma questo aderisce tenacemente a parecchie anse del tenue intestino, alcune delle quali, per lungo tratto, si approfondano nella spessezza del neoplasma e fanno unico corpo con esso. Si procede con molta circospezione al distacco, e spesso riesce indispensabile interessare la sierosa intestinale; solo in un'ansa e per un tratto di 12 millimetri è necessario recidere tutti gli strati della parete intestinale: questa ferita viene subito riunita con due ordini di sutura in seta, e si pratica anche la sutura della sierosa delle altre anse nei punti in cui venne lacerata.

Resta un'altra appendice del tumore, la quale si approfonda a guisa di largo cordone nel piccolo bacino, e contiene il tragitto fistoloso di cui si è parlato: è il lungo peduncolo della ciste. Viene legato in prossimità dell'utero, cauterizzato con Paquelin e affondato.

Durante questo lungo lavoro quasi tutto il pacchetto intestinale esce fuori dell'addome per l'ampia apertura e viene accolto in larghe falde di garza al sublimato, riescendosi con grave fatica a preservarlo dal contatto del tumore e del materiale settico che segregava.

Il tratto di peritoneo parietale che viene asportato assieme al tumore raffigura un'ellisse il cui maggior diametro verticale è di centimetri 12 e trasversale di centimetri 7.

Si pratica il nettamento delle anse intestinali e del cavo pelvico con spugne asettiche, e si riunisce la grande breccia addominale con plastica e sutura a tre piani.

Durante l'atto operativo, che fu compiuto in 75 minuti, si procurò di scongiurare lo shock con diversi eccitanti e con l'ossigeno.

Il decorso ulteriore fu asettico e regolare. Solo in un punto della ferita cutanea vi fu scarsa suppurazione, dovuta a raccolta di sangue nel cellulare sottostante.

L'operata ritornò al proprio paese, guarita e rifatta nella nutrizione, il giorno 4 dicembre 1892.

Osservazione 6^a. — *Cistoma ovarico rotto nel peritoneo e in*

preda a suppurazione. — Adragna M. Antonia, di anni 50, da Alcamo, contadina. Viene ricoverata all'ospedale in istato d'incipiente collasso. Ha l'addome enormemente disteso con pareti edematose, e molto dolente alla pressione. Denutrizione profonda, febbre alta.

E' impossibile avere notizie precise intorno ai precedenti anamnestici e all'origine dell'attuale infermità. I genitori sono morti in età giovane, non si sa di quale malattia; due fratelli e due sorelle sono vivi ed in buona salute, due altri sono morti di malattie comuni.

Stette bene sino a 10 anni fa, quando fu colta da fortissimi dolori all'addome, che divenne via via sempre più tumido sino a raggiungere il volume attuale. A furia d'insistenti domande si può sapere che l'addome sin dai primi anni di età non era stato mai molto depresso.

La circonferenza addominale all'ombelico è di centimetri 117. La percussione è ottusa da pertutto anche alle regioni lombari, solo al fianco sinistro vi è un'area molto ristretta e leggermente timpanica. Palpando si ha la sensazione di un contenuto liquido, e in certe direzioni si avverte anche il fiotto.

Infiggendo un grosso tre quarti nell'addome, si ottengono, dopo vari tentativi, poche gocce di un materiale gelatinoso semi-solido, il quale, se riesce delucidativo per la diagnosi di un cistoma poliloculare dell'ovaia, lascia molti dubbi, relativamente alla possibile rottura di qualche loculazione con versamento del materiale nel peritoneo e ad un processo suppurativo avanzato che dava spiegazione dello stato generale dell'inferma e della febbre alta.

Ad onta dello stato di collasso in cui la donna si trovava, si procede all'apertura dell'addome, nella speranza di scongiurare la catastrofe imminente, inevitabile.

Il tessuto preperitoneale si trova infiltrato di un materiale giallo-verdognolo. Inciso il peritoneo ispessito, non si rinviene alcun vestigio di parete cistica, e si presenta il materiale colloide, la cui densità, quasi cerea, è tale che non fuoriesce spontaneamente per l'ampia apertura, e bisogna rimuoverlo con la mano, la quale

introdotta verso il bacino trova un grosso segmento in suppurazione e il picciolo proveniente dal lato destro dell'utero. Tutto il pacchetto intestinale nuota in mezzo al materiale colloide, di cui è pieno l'addome sino al diaframma.

Vuotato, per quant'è possibile, il cavo addominale del materiale colloide e dei molti brandelli di parete cistica che conteneva, si pratica un lavaggio con acqua sterilizzata e si richiude l'addome, mettendo nell'angolo inferiore della ferita un doppio drenaggio che pesca nel bacino.

Morte per collasso, 18 ore dopo l'operazione.

L'autopsia constatò la completa degenerazione della membrana peritoneale, sia parietale che viscerale. Porzione di sostanza colloide e di lacinie fibrose in parte mortificate esistono ancora in mezzo agli organi addominali; il mesentere in parecchi punti e varie anse intestinali sono tapezzate qua e là dalla parete del cistoma.

Risulta evidente che, all'epoca in cui ebbero principio le sofferenze per l'ammalata, dovette verificarsi la rottura di varie localizzazioni periferiche del tumore, col versamento del contenuto nell'addome, e che nell'ultimo periodo dovettero penetrarvi i germi della suppurazione.

E' degna di nota la densità cerea assunta dal materiale colloide probabilmente in seguito alla rottura del cistoma.

L'esito letale non può certamente imputarsi all'atto operativo.

V.

Isterectomie vaginali

Il trattamento dei carcinomi uterini con la estirpazione totale per la vagina rimane tuttora il metodo di scelta, ad onta delle molte discussioni che si sono fatte intorno a questo argomento. Non importa discutere sulle molteplici modalità di esso: ogni chirurgo, facendo tesoro dell'altrui esperienza e della propria, si appiglia, secondo i casi, a quelle modalità operatorie che rendono più sicura, più pronta e più completa la asportazione della neoplasia.

La quistione principale è operare su tessuti sani, non ancora invasi dal carcinoma. Solo in questo caso il pronostico *quaad futurum* può essere favorevole.

Su questo punto si aggirano tutte le controversie riguardo alla convenienza di estirpare in parte o in totalità l'utero o di non toccarlo affatto, e le altre, non meno vivaci, sulla via da seguire.

Estirpare l'utero quando la neoplasia è già molto avanzata ed ha invaso i tessuti attorno, è lo stesso che esporsi a gravi disinganni, danneggiando lo stato generale della paziente, senza migliorarne le condizioni locali, forse anche peggiorandole, con la possibilità di inoculare la carcinoma nei tessuti che cadono sotto il taglio durante l'operazione, possibilità sulla quale molto ha insistito ultimamente il WINTER di Berlino, asserendo che bisogna distinguere queste inoculazioni, che accadono per semplice contatto, dalle recidive che si manifestano nel punto medesimo in cui aveva sede il carcinoma (*Congresso della Società tedesca di chirurgia*, maggio 1893).

Si è detto, l'isterectomia vaginale non è, come pretende OLSAUSHEN, il metodo per eccellenza; per estirpare tutto, in determinati casi, bisogna dare la preferenza al metodo addominale (FREUNDI, o al metodo sacrale (HOCHENEGG, HERZFELD, SCHEDE); e per la stessa via vaginale, il metodo di PÈAN-SECOND è quello che, meglio degli altri metodi comuni, riesce allo scopo di estirpare uteri, la cui asportazione è ritenuta altrimenti disagiata, e di estirpare anche i noduli metastatici della neoplasia.

Non è il caso di fare qui una disamina di queste opinioni. In chirurgia, come in tutte le altre cose di questo mondo, si va qualche volta troppo lontano a posare le indicazioni a favore di una data operazione o di un dato metodo: a grandi timidezze succedono grandi entusiasmi; viene poi il giorno in cui si riconosce che quel metodo è solo applicabile a casi speciali. Così avviene per i processi operatorii che si riferiscono all'isterectomia per utero canceroso. L'isterectomia vaginale e vagino-peritoneale resterà sempre l'operazione tipica. L'operazione di FREUND è da preferire quando vi è grande sproporzione tra la vagina e il volume dell'u-

tero, specie nei casi di gravidanza, e quando esistono metastasi carcinomatose nei dintorni dell'utero, o vi sieno ragioni per sospettarle. Ma il metodo di PÈAN-SECOND, che, per quanto abilmente e rapidamente eseguito, espone a perdite di sangue considerevoli, e non ha il vantaggio di poter seguire con la vista le manovre nell'interno della pelvi, non mi sembra che risponda sufficientemente allo intento di estirpare tutti i nodi metastatici e ritardare le recidive. Più ragionevole di questo mi sembra il metodo di HERZFELD-HOCHENEGG, dianzi cennato. Resecando la porzione inferiore del sacro, e forse solamente il coccige, si può ottenere un campo operatorio più vasto, e quindi non solamente si ha il vantaggio di potere estirpare un utero molto voluminoso, ma si può meglio ispezionare il bacino e chiudere in seguito la cavità addominale. Però neanche questo metodo salva dalle riproduzioni precoci, e lo stesso CZERNY, che nell'ultimo congresso di Berlino ha fatto una delle più importanti comunicazioni sulla via sacrale in chirurgia, e si dichiara partigiano di questo metodo nei casi che non sono operabili per la via vaginale e parasacrale, non può a meno di dichiarare che sopra otto isterectomie da lui operate, sette ammalate sono guarite della operazione, ma tutte, salvo una, sono morte di recidiva, poco tempo dopo.

Sarebbe dunque opportuno, secondo me, stabilire possibilmente i limiti della operabilità; dico possibilmente, perchè nella pratica non si possono tracciare confini recisi, e un certo limite di spostabilità dell'utero lascia spesso in dubbio il ginecologo, perchè non sempre è indizio sicuro della infiltrazione neoplastica dei parametri.

Un tal dubbio è accaduto a me più di una volta, e non per questo mi sono trattenuto dall'operare.

Ma nei casi in cui risulta ad evidenza che la neoplasia ha oltrepassato i confini dell'utero e della vagina, l'intervento mi sembra una temerità chirurgica poco giustificata.

Il processo da me seguito è molto consimile a quello di DMITRI DE OTT, procedendo cioè nelle incisioni e nelle legature emostatiche dal basso in alto e traendo l'organo gradatamente in fuori

sino a distaccarlo del tutto. La donna in posizione sacrodorsale, afferro l'utero con due o più pinze, e tiratolo in fuori, per quanto è possibile, incido circolarmente la vagina poco più di un centimetro distante dal tessuto ammalato. Deposto quindi il bisturi, con l'indice destro o con una spatola, distacco ed isolo la porzione sopravaginale del collo da tutti i lati, allontano la vescica. Affidate quindi le pinze ad un assistente, procedo, con un ago di DECHAMPS, armato di robusto filo di seta, alla legatura di porzione dei legamenti larghi, ora da un lato, ora dall'altro; recido verso il bordo uterino la porzione legata, e procedo oltre. L'utero essendo già di molto abbassato, divido la piega uterorettale e quella uterovesicale, completo la legatura dei legamenti larghi. Allo stesso modo lego il legamento rotondo. Se l'ovaio e la tromba cadono spontaneamente nel campo operatorio, le porto via, gettando un laccio nel legamento ovarico pelvico, se no le lascio in sito, a meno che non vi sia da sospettare che sono alterate. L'utero viene in tal modo portato via, senza che la ulcerazione neoplastica venga a contatto con la sierosa peritoneale.

Nei casi in cui la retrazione di uno dei legamenti larghi è notevole, sia per antica flagosi che per infiltrazione della neoplasia, in modo da riescire molto difficile se non impossibile la legatura da questo lato, ricorro allo espediente di legare e recidere prima tutti i legamenti dell'altro lato, il che permette di portare a fior di vulva il corpo dell'utero assieme al collo, e di legare e recidere in seguito, senza molta difficoltà, i legamenti del lato ammalato.

In un solo caso ho messo in pratica il processo del prof. D'ANTONA, che è molto brillante e spicciativo quando l'utero è suscettibile di un notevole spostamento in basso.

I fili di legatura dei legamenti vengono raccolti da un lato e dall'altro della vagina, e la breccia operatoria zaffata con garza all'iodoformio. Il tampone viene rimosso e rinnovato, salvo decorso anormale al sesto e al settimo giorno.

Nelle isterectomie praticate per prolasso completo dell'utero, anche quando la porzione bassa del collo sia sede di epitelioma, adopero lo stesso processo così modificato: Incisione della vagi

na con due tagli, uno anetriere, l'altro posteriore, che coincidono ai lati, in modo da circoscrivere una ellisse, i cui margini possono facilmente riunirsi con sutura. Portato via l'utero, affronto con sutura al categut i due lembi peritoneali, quindi riunisco fra loro, con diversi punti, i due monconi dei legamenti recisi; al di sotto di questi praticai in due casi la sutura vaginale ma ebbi a pentirmene una volta, e credo che sia preferibile di non suturare la mucosa. In tal modo si chiude la cavità peritoneale, e si costituisce un ponte che è sicura barriera ai visceri che tendono a formare ernia per la vagina.

Caso I. — Romano Francesca, di anni 33, entra nell'ospedale il 14 gennaio 1890. Fu mestruta per la prima volta a 15 anni, e poi sempre regolarmente. A 19 anni ebbe i primi rapporti sessuali, e contrasse la blenorragia; a 20 anni ebbe una prima gravidanza, regolare a termine, con parto spontaneo e puerperio regolare; ma il feto morì un giorno dopo la nascita. Una seconda gravidanza ebbe termine al 7° mese, e il feto era premorto; allo stesso modo terza gravidanza che terminò all'8° mese. L'ultima gravidanza ebbe luogo all'età di 27 anni, e fu condotta a termine; il neonato visse 33 giorni. La madre morì di emottisi; il padre, tuttora vivente, sembra che abbia sofferto la sifilide.

Sin dai primi parti cominciò a subire disturbi degli organi pelvici e purghe ai genitali.

Fu più volte curata; ma le mestruazioni da qualche tempo non sono più regolari; sei mesi prima del suo ingresso all'ospedale ebbe una prima metrorragia, e ricorse al medico, che riscontrò una ulcerazione al labbro posteriore, e sottopose l'ammalata a medicatura locale e a cura antisifilitica. Ma senza alcun risultato.

Le perdite sanguigne continuarono, e diventavano imponenti soprattutto ad ogni avvicinamento sessuale.

L'utero, di poco aumentato di volume, è in leggiera antiflessione, e discretamente mobile; il collo, non molto voluminoso, presenta una ulcerazione crateriforme, irregolare, che interessa il lato sinistro della porzione vaginale e si estende al fornice sinistro;

è alquanto profonda, a margini non duri, qua e là vegetante; sanguina con molta facilità ad ogni tocco. Con l'esame obiettivo vagino e retto-addominale si rileva un leggiero indurimento degli annessi di sinistra. L'esame istologico de' pezzettini di collo asportati, mette in dubbio la diagnosi di degenerazione carcinomatosa.

Le notizie enomnestiche, la vita un po' libera menata dalla paziente, non escludono la possibilità di una infezione celtica poco convenientemente curata. Si sottopone quindi l'inferma alle iniezioni ipodermiche di sublimato corrosivo, seguite da larghe dosi di ioduro potassico. Dopo due mesi di cura le condizioni delle località sono notevolmente peggiorate, e l'esame istologico ripetuto rivela questa volta un epitelioma.

L'isterectomia vien praticata il giorno 16 giugno 1890, col processo MARTIN modificato da D'ANTONA. — L'utero può essere tirato molto in giù; i legamenti e gli annessi non sembrano interessati.

Il decorso post-operativo fu quasi completamente afebrile e regolare. I lacci delle legature caddero tra il 20. e il 24. giorno. — Il giorno dopo l'operata lasciò l'ospedale.

Esame anatomo-patologico. — Il corpo è leggermente ingrossato, ma flaccido; nella superficie di sezione sinistra e in basso si nota un principio d'infiltrazione-neoplastica; il collo è indurito e distrutto a sinistra da una escavazione irregolare ulcerata, che si estende un poco alla porzione sopravaginale e alla vagina. L'esame istologico rivela la forma glandolare dell'ipetelioma.

Riproduzione sulla cicatrice otto mesi dopo. — Si praticano, come tentativo, delle iniezioni parenchimali di pioctanina bleu, con apparente vantaggio, perchè producono l'attenuazione dei dolori, e sembra che limitano i progressi della infiltrazione.

L'inferma morì 26 mesi dopo l'atto operativo.

Caso II. — Manno Caterina, di anni 50, da Alcamo. Ha sofferto solamente febbri palustri. Tre gravidanze normali con

parto fisiologico. Da oltre un anno, ha delle perdite sanguigne continue. E' molto anemica.

La porzione sottovaginale dell'utero è sostituita da una massa informe, fungosa, facilmente sanguinante : l'ulcerazione si estende alla volta vaginale posteriore e sinistra. — Tutto l'utero è ingrossato, indurito, retroposto, quasi per nulla spostabile ; la sonda dura vi penetra per otto centimetri.

La diagnosi di cancro della porzione vaginale e sopravaginale con diffusione ai parametri e alla vagina s'impone per la sua evidenza.

Isterectomia vaginale, 18 novembre 1890. — S'incide la vagina due centimetri in sotto della porzione ulcerata. La trazione in basso dell'utero riesce difficile a causa della retrazione dei legamenti e della nessuna presa che hanno le pinze sulla porzione sopravaginale, che facilmente si spappola ; in grazia di ciò l'operazione procede stentata. — L'utero viene portato gradatamente in basso ed asportato assieme alle trombe e alle ovaie.

L'operata viene dimessa, guarita, il 23 dicembre.

Non si sono avute in seguito notizie della sua salute.

Caso III. — Ciaccio Maria, di anni 50, contadina, da Salemi. Fu mestruata la prima volta a 15 anni, a 17 prese marito. Sei parti normali, l'ultimo 13 anni fa. Nulla nel gentilizio. Da un anno e mezzo, perde continuamente sangue dai genitali, spesso ha delle vere metrorragie imponenti.

Stato attuale. — Costituzione robusta, pannicolo adiposo abbondante. Dalla vagina cola un umore purulento tinto di sangue. Il collo uterino è corto, l'orificio esterno deformato da un'ulcerazione che sanguina facilmente ; il dito penetra in una vasta escavazione che interessa il labbro anteriore e il lato del canale cervicale : bottoni carnosì che facilmente si spappolano. Porzione sopravaginale dura, infiltrata ; corpo uterino mobile, leggermente ingrossato ; la sonda vi penetra per 7 centimetri. Liberi i parametri, esplorati con l'esame vaginale e rettale.

La diagnosi di cancro del collo uterino è confermata dall'esame istologico di pezzettini di tumore.

Isterectomia il giorno 30 maggio 1891.

Incisione circolare della vagina, attorno all'utero, tirato fortemente in basso; distacco con l'indice della porzione sopravaginale dai tessuti che la circondano, scollamento della vescica, legatura passo per passo di tutti i legamenti. Incisione della piega utero-rettale e utero-vescicale. Le ovaie e le trombe non seguono l'utero e vengono lasciate. I fili delle legature, riuniti in due fasci, si lasciano pendenti ai lati della vagina.

Nessuna perdita di sangue. Imbottitura con lunga striscia di garza all'iodoformio. Vescica di ghiaccio al basso ventre.

Decorso post-operativo eccellente.

Il sesto giorno, procedendosi alla prima medicatura, si trova il tampone molto più in alto di quello che era stato lasciato; esso è tutto trasportato nella breccia d'operazione, al disopra del margine vaginale inciso. Questa migrazione in alto del tampone è stata anche osservata dal Mangiagalli in qualcuna delle sue operate, ma senza conseguenze di sorta.

Il giorno 4 giugno l'operata viene dimessa guarita, e ritorna al proprio paese.

In questi giorni la donna si è ripresentata alla mia osservazione, accusando un senso di molestia alla porzione alta del retto e di stiramento verso la fossa iliaca sinistra. La cicatrice vaginale si presenta intatta e lineare, nè si toccano col dito indurimenti nel tessuto perivaginale; ma spingendo fortemente in alto la cicatrice, si percepisce a sinistra un nodulo abbastanza voluminoso che comprime il retto, la di cui parete si rileva alla esplorazione infiltrata.

Lo stato generale della donna essendo buono, sarà fatta la resezione del retto e la estirpazione dei noduli carcinomatosi per la via sacrale.

Caso IV. — Tartamella Anna, di anni 40, da Trapani. Nulla nel gentilizio. Prima mestruazione a 16 anni. Quattro gravidanze normali. Da un anno perde continuamente sangue dai genitali;

ne attribuì la causa in principio a forti traumi ricevuti sul dorso. Ma le emorragie continuarono e divennero sempre più imponenti. Si aggiunse una infezione palustre grave, che contribuì grandemente a depauperare l'organismo.

Costituzione gracile, pallore estremo della cute e delle mucose, pannicolo adiposo scomparso.

Per vagina si tocca una massa neoplastica fungosa che sostituisce il collo e che invade anche il fornice posteriore. Dove dovrebbe esistere il canale cervicale si penetra col dito in una vasta ulcerazione, per la quale si passa nella cavità interna dell'utero. La sonda segna 6 1/2 centimetri. L'organo è nell'insieme poco aumentato di volume e suscettibile di spostamento in basso. I parametri sembrano liberi.

La diagnosi di carcinoma ulcerato del collo s'impone per la sua evidenza.

Operazione 14 agosto 1891.

Qualche difficoltà nel tirare in basso l'utero, perchè la pinza lascia facilmente la presa. L'incisione della parete vaginale cade posteriormente molto in basso, perchè la neoplasia si estende al fornice posteriore. Legatura passo per passo, ora a destra, ora a sinistra; distacco della vescica, apertura del Douglas; le ovaie e le trombe cadono nel campo dell'operazione e vengono asportate assieme all'utero. Una lieve emorragia proveniente da un vaso a sinistra viene subito arrestata con l'applicazione di una pinza, che si lascia in sito.

L'operata venne riportata a letto in discrete condizioni.

Il decorso fu normale ed asettico, sino al 5^o giorno.

Il giorno seguente invade febbre alta con brividi di freddo; seguono forti dolori al basso ventre e alla fossa iliaca sinistra. Si toglie il tampone e la pinza, che era stata dimenticata. Scolo sanguinolento fetido; polsi piccolissimi e fugaci; sintomi di setticemia. Si penetra con una lunga canula di vetro al di là della breccia e si fanno prolungate irrigazioni con soluzione di sublimato al quinto per mille. Si ripetono queste irrigazioni tre volte nelle 24 ore. La sera lieve miglioramento.

Continuano i dolori nel basso ventre. Si somministra una purga di calomelano e si procura di lenire i dolori con una iniezione di morfina. I polsi gradatamente si rialzano. Nei giorni seguenti si continuano le irrigazioni antisettiche 3 volte nelle 24 ore. Lo stato generale migliora; la temperatura ritorna al normale.

L'operata potè lasciare l'ospedale 35 giorni dopo l'operazione.

Evidentemente l'infezione settica erasi fatta strada per la pinzetta lasciata in sito oltre il convenevole, e aveva trovato terreno favorevole nei pochi grumi sanguigni raccolti attorno al moncone di sinistra. Senza le irrigazioni alte al di là della breccia, l'operata sarebbe stata irremissibilmente perduta.

Caso V. — Catanzaro Antonina, da Alcamo, di anni 52. Dieci gravidanze a termine. A 50 anni, menopausa. Da circa un anno perdite sanguigne dalla vagina. La porzione vaginale si presenta come una massa fungosa, sanguinante. La diagnosi di carcinoma non è dubbia. La sonda uterina penetra per 8 centimetri e provoca notevole emorragia. Utero poco spostabile per retrazione dei legamenti di destra, probabilmente invasi dalla neoplasia. Esame istologico affermativo.

Isterectomia vaginale, 26 maggio 1893.

Difficoltà notevole ad abbassare l'utero. Si ricorre allo espediente di legare e recidere prima tutti gli attacchi di sinistra. Si abbassa da questo lato il corpo dell'utero, e si procede così, con poca difficoltà, alla recisione degli attacchi di destra.

Decorso ulteriore normale. L'operata lascia l'ospedale 23 giorni dopo (19 giugno).

La riproduzione avvenne pochi mesi dopo.

Caso VI. — Certa Francesca, di anni 43, da Mazzara. Notizie poco precise sui precedenti gentilizi. Quattro gravidanze a termine. Mestruazioni regolari sino a tre mesi fa. Da quell'epoca continue menorragie e scolo di siero sanguinolento.

All'esame vaginale si trova il labbro posteriore dell'utero ingrossato ed ulcerato; l'ulcerazione si estende anche al fornice va-

ginale ; sul piano della mucosa ulcerata campeggiano piccoli nodi che sanguinano facilmente. Nulla agli annessi. La sonda uterina segna 8 centimetri. L'esame istologico di piccoli pezzetti asportati conferma in modo non dubbio la diagnosi di carcinoma della porzione vaginale del collo.

Si pratica l'isterectomia il 23 dicembre, asportando, assieme all'utero, una porzione notevole della parete posteriore vaginale. Il giorno 20 gennaio 1892 viene dimessa guarita.

I primi segni di riproduzione si manifestarono 18 mesi dopo.

Caso VII. — Perricone Paola, contadina, di Vita. Entra nell'ospedale il 15 dicembre 1892.

Nulla sa dire riguardo ai precedenti ereditari : i genitori morirono di malattia acuta quando essa aveva pochi mesi. Prima mestruazione a 12 anni. Maritata a 20 anni : ha avuto sette gravidanze, delle quali una solamentne abortiva (6° mese). L'ultimo nato ha 7 anni. Da tre anni il flusso mensile è stato irregolare ed eccezionalmente abbondante. Da quattro mesi in qua, continue metrorragie, dolori retropubici, tenesmo vescicale e rettale : via via il dolore si diffuse alla coscia destra.

Il collo uterino è sostituito da un corpo fungoso, che sanguina facilmente ; l'ulcerazione si estende al fornice posteriore e al destro. La sonda penetra per 7 centimetri. L'utero è retroverso, discretamente mobile.

La diagnosi di carcinoma della porzione vaginale e sopravaginale, con probabile diffusione ai legamenti, non è dubbia.

Si praticò l'isterectomia il 29 dicembre 1892.

Difficoltà enormi nell'isolare l'utero, il cui corpo è sede principale della neoplasia, diffusa anche alla vescica e al retto. Nella dissezione, porzione della parete vescicale infiltrata resta attaccata al corpo dell'utero. Si riesce con molta difficoltà ad isolare l'intestino retto. L'ampia ferita vescicale vienè riunita con diversi punti di sutura in due strati.

I fili si recidono, e si applica il solito tampono. Una così estesa infiltrazione della neoplasia non era stata preveduta.

L'operata è dimessa il giorno 19 gennaio 1893 in buone condizioni: una piccola quantità di urina cola per la vagina, il resto può essere contenuto ed espulso per l'uretra a volontà.

Caso VIII. — Rallo Rosa, di anni 32, da Alcamo. Ebbe la prima mestruazione a 13 anni, a 16 anni un primo parto a termine. Dopo tre mesi restò nuovamente incinta, e il parto avvenne al 7° mese, e fu seguito da puerperio morbosus. Da quell'epoca soffre dolori pelvici, specialmente accentuati alla fossa iliaca sinistra e verso il fianco sinistro; le mestruazioni non furono più regolari, e i rapporti sessuali erano mal tollerati. Da tre anni questi sintomi si sono accentuati di più.

La malattia attuale data da otto mesi, perchè da quell'epoca s'iniziarono perdite sanguigne e purulenti dalla vagina.

Stato attuale: Sviluppo scheletrico e muscolare mediocre, colorito un po' anemico. Dalla vagina cola un umore purulento, fetido; continuano le perdite sanguigne. Con lo speculum si vede la porzione vaginale ingrossata e l'orifizio esterno largamente ulcerato e sparso di fungosità facilmente sanguinanti. Col riscontro si percepisce il collo dell'utero durissimo e il canale cervicale completamente ulcerato. Il corpo uterino di poco aumentato di volume, il fornice sinistro pieno, resistente, dolorabile.

Tutto l'organo è suscettibile di una limitata locomozione in basso. Non si toccano ingorghi glandolari. Con l'esplorazione rettale si rileva ingrossato il collo uterino. In corrispondenza degli annessi di sinistra un tumoretto molto dolente.

Diagnosi, avvalorata dall'esame istologico, di carcinoma del collo, esteso alla porzione sopravaginale, tumoretto da pregressa salpingo-ovarite sinistra.

L'isterectomia viene praticata, col solito processo, il 14 giugno. Estratto l'utero, ed introdotta la mano nella fossa iliaca sinistra, si trova un tumore, della grossezza di un uovo di pollo, appartenente alla tromba e all'ovaia, fuse insieme, che si può distaccare e tirar fuori previe alcune legature.

L'operata viene dimessa il giorno 10 luglio, perfettamente guarita, con una cicatrice lineare completa.

Non si hanno notizie riguardo alla riproduzione della malattia.

Caso IX. — La Comare Giuseppa, di anni 50, da Trapani. Non ha sofferto mai malattie rilevanti, se si eccettui una affezione blenorragica 28 anni fa. Ebbe in seguito una gravidanza a termine. Un anno fa, dopo parecchi anni che erano cessate le sue regole, ebbe una prima perdita di sangue. Da quattro mesi, in seguito di influenza, cominciarono le metrorragie alternate con perdite purulente fetide. Alla esplorazione la porzione vaginale si presenta dura, allungata; l'orificio esterno è sede di una vasta ulcerazione che si estende al canale cervicale, dove il dito penetra liberamente; l'ulcerazione è sparsa di fungosità facilmente sanguinanti, e dà un prodotto purulento, fetido. Utero di grandezza normale, suscettibile di notevole spostamento. Parametri liberi.

La diagnosi di carcinoma del collo è avvalorata dall'esame microscopico di pezzettini escissi dal bordo dell'ulcerazione.

Si procede alla isterectomia il 28 aprile 1892. L'operazione viene espletata rapidamente.

La donna viene dimessa il giorno 8 giugno, con cicatrice completa. Sinora non si nota alcuna riproduzione.

Caso X. — Sarcona Girolama, di anni 46, da Castellammare del Golfo. Buoni precedenti ereditari. Ha sofferto dissenteria cattarrale e febbre miliare. Un solo parto a termine all'età di 27 anni, dopo un anno un aborto di pochi mesi. Tre anni fa, cominciò ad avere perdite dalla vagina. Si recò a Palermo e fu diagnosticato un cancro; i medici del proprio paese le praticarono il raschiamento del collo uterino; in seguito a ciò le perdite aumentarono.

Con lo speculum la porzione vaginale appare trasformata in una massa fungoide sanguinante. La porzione sopravaginale al tocco si percepisce dura, ingrossata. Vaste ulcerazioni si estendono al fornice posteriore e al laterale destro. Il corpo dell'utero non è aumentato di volume e gode di una certa mobilità; la sonda

segna 7 centimetri. Il labbro anteriore è il meno interessato dalla neoplasia.

Isterectomia il 14 agosto 1892.

L'incisione cade nell'unione del 3° superiore col 3. medio della vagina a qualche distanza dalle ulcerazioni. L'utero non può scendere a fior di vulva. Si pratica il distacco completo della parte anteriore e si legano i legamenti di sinistra. Distaccato l'utero da questo lato, si tira a fior di vulva. Si applica un grosso Klämmer sui legamenti di destra, e si legano in due prese. Ad onta della fortissima retrazione di questo lato, l'utero viene portato via senza perdita notevole di sangue. La breccia zaffata con garza all'iodoformio.

Il decorso post-operativo fu benigno sino all'ottavo giorno. La rinnovazione del tampone fu ritardata sino a questo giorno, e dalla ferita venne fuori un umore fetido e sieroso.

L'ammalata avvertì, subito dopo, un fortissimo dolore alla pelvi che cede all'iniezione di 1 centig. di morfina. Si applica la vescica di ghiaccio. Polsi frequenti, estremità fredde. Questo stato si aggrava verso le 7 pom. dello stesso giorno: l'algidismo si fa generale, la fisionomia alterata, i polsi appena percettibili. Iniezioni di caffeina, clisteri di marsala, faradizzazione del vago, non valsero a scongiurare la morte, che avvenne alle 11 pom. del nono giorno.

Autopsia 18 ore dopo. Nel bacino si trovano 100 cc. circa di liquido siero-purulento. Aderenze incomplete tra alcune anze intestinali e i tessuti della breccia. Legature ben fatte. Lo stock fu causato da infezione peritoneale acutissima, evidentemente per materiali settici provenienti dal tampone.

Caso XI. — Spina Elisa, di anni 52, da Castelvetro, maritata. Notizie poco sicure sul gentilizio. Cinque gravidanze a termine, una abortiva, al 36° anno. A 40 anni menopausa. Da sei mesi, ha continue perdite marciose. Da un anno metrorragie. Stato generale defedato. Collo uterino convertito in una tumescenza irregolare ulcerata, le purghe sono fetide. Corpo dell'utero non ingrossato, legamenti liberi: epiteloma ulcerato del collo.

L'isterectomia, praticata il 12 luglio 1893, riuscì facile e senza

accidenti spiacevoli. Nel decorso post-operativo l'ammalata ebbe un leggiero attacco di reumatismo articolare accompagnato da temperatura febbrile. Ma la guarigione operativa non fu ritardata, e l'operata fu dimessa guarita il 19 agosto. Sinora non vi è indizio di riproduzione, e la salute si conserva buona.

Caso XII. — Grammatico Antonina, di anni 35, da Trapani. Costituzione robusta, colorito pallido; infezione palustre. Un aborto all'età di 19 anni, pochi mesi dopo il matrimonio. Quattro gravidanze successive, tutte a termine; l'ultimo figlio ha 7 anni. Da circa due anni ha perdite continue di sangue, vere metrorragie, ed uno scolo purulento. Un anno fa venne all'Ospedale e fu diagnosticata una metrice cronica con cervicite fungosa. Fu praticato il raschiamento e il massaggio dell'utero, e somministrati lungamente preparati chinacei. Ritonata a casa, si riprodussero le metrorragie e le molestie dell'affezione cronica dell'utero. Viene una seconda volta all'Ospedale e migliora sotto le stesse cure. Finalmente ritorna una terza volta: lo stato generale è peggiorato. Nella fossa iliaca sinistra esiste un tumore, che era stato notato nelle osservazioni precedenti, ma ora ha assunto il volume di una testa di feto a termine. E' mobile, liscio, non irregolare alla superficie, suscettibile di spostamento in tutti i sensi; l'utero ne segue i movimenti. Si giudica un fibroma ovarico: la di cui presenza doveva di necessità esercitare una influenza nociva sull'utero ammalato.

La donna reclamando l'operazione, questa vien praticata il 5 maggio 1892.

Asportato l'utero per la via vaginale, si vede il lungo peduncolo che procede dal legamento ovarico sinistro. Si esercitano su questo delle trazioni, mentre con lunghe spatole si dilatano i bordi della breccia vaginale per facilitare l'impegno del tumore, che si riesce a portar fuori con poca fatica. Il fibroma è di forma ovoidale piuttosto molle, e pesa 227 grammi. L'utero presenta le alterazioni proprie della metrite cronica iperplastica; nessuna traccia di neoplasia maligna.

L'operata viene dimessa guarita il giorno 7 giugno 1892.

Caso Xlii. — C. Rocca, di anni 50, da Trapani. Ha sofferto varie malattie : resipola, affezioni periostee, febbri palustri, ritenzione d'urina. Quattro gravidanze normali, una abortiva ; l'ultimo sgravio avvenne 22 anni fa. Da molto tempo avverte gravi molestie alla vulva e al perineo, e la esistenza di un corpo voluminoso che viene fuori dalla vagina. Le sofferenze sono cresciute da tre mesi in qua, causa una caduta.

La donna è di una magrezza eccezionalissima ; l'utero sporge dalla vulva circa 9 centimetri ; il prolasso è ridicibile, il collo non è ulcerato, la mucosa vaginale è sana, la cavità uterina ha un diametro di 8 centimetri ; notevole l'ipertrofia della porzione sopravaginale ; rilasciamento considerevole di tutti i legamenti sospensori dell'utero. Perineo normale. La donna domanda con insistenza di essere liberata del suo male. La sua età non fa avere riguardi alla conservazione dell'utero, e la sua posizione sociale non consiglia di ricorrere a mezzi terapeutici di lunga durata e di esito incerto. Non era il caso dunque di parlare di colporafia, e molto meno di perineorafia ; e neppure era da pensare ad operazioni dirette a ristorare l'apparecchio di sospensione dell'utero, qual'è l'operazione di ALIQUIÈ-ALEXANDER e la isteropessia. L'unica operazione da scegliere era l'isterectomia vaginale, e questa viene praticata il giorno 13 gennaio 1894.

Dubitando che esistesse un leggiero cistocele vaginale, sebbene l'esame obbiettivo non fornisse criteri sicuri per ammetterlo, si fa cadere la incisione vaginale anteriore su di una linea molto bassa. I disturbi urinari sofferti da lungo tempo e le più ovvie considerazioni anatomico-patologiche consigliavano ogni precauzione su questo riguardo, malgrado che una sonda metallica introdotta in vescica dimostrasse l'ampiezza esagerata di questo viscere nella sua sede normale dietro il pube.

Fui quindi sorpreso non poco nel constatare che la incisione vaginale, praticata a bello studio eccezionalmente bassa, aveva interessato la vescica. Il prolasso dell'utero essendo causa di ritenzione urinaria nel segmento dell'urociste che segue l'utero nel suo spostamento in basso, aveva prodotto aderenze anormali fra i due

visceri. Il cistocele vaginale è in questi casi più voluminoso di quello che possa venire obbiettivamente valutato prima di accingersi all'operazione.

La incisione della vescica venne subito suturata, e, portato via l'utero, si praticò la sutura del peritoneo, si affrontarono fra loro i due monconi dei legamenti recisi, e si lasciò in vagina un piccolo tampone di garza.

L'operata venne dimessa guarita il 12 febbraio, con una cicatrice solida che non si sposta in basso.

Caso XIV. -- Romano Angela, di anni 46, nubile, da Castelvetrano. Una sola gravidanza a termine, 12 anni fa. Da circa sei anni avvertì una lieve procidenza del collo uterino; poco alla volta la procidenza si fece più marcata a causa dei lavori pesanti cui la obbligava il suo mestiere di fantesca. Le mestruazioni sono cessate da due anni.

L'utero è completamente prolassato e pende fra le cosce. Il collo molto allungato e voluminoso presenta, verso l'orificio esterno, alcune ulcerazioni sanguinanti. La osservazione microscopica di un pezzettino di tessuto esciso dal bordo di queste ulcerazioni ne dimostra la natura epiteliomatosa.

La isterectomia vaginale viene decisa e praticata il 21 febbraio 1894, col processo dianzi descritto.

Il decorso post-operativo fu turbato, la mattina del 5^o giorno, da febbre a 39^o accompagnata da lieve indolenzimento alla fossa iliaca sinistra. Aperta la sutura vaginale si ottiene una certa quantità di sangue in decomposizione. Le irrigazioni antisettiche nella breccia producono la diminuzione, e, dopo qualche giorno, la cessazione del processo febbrile.

La donna fu dimessa guarita il 20 marzo.

Dovendo ripetere una simile operazione, non praticherò la sutura della mucosa vaginale, preferendo di lasciare da questa parte la ferita aperta, per dare esito alle piccole raccolte sanguigne che per avventura possono costituirsi al di sopra di esso, e applicherò

un piccolo tampone di garza, da rinnovare ogni giorno, dopo le opportune irrigazioni.

Riassumendo, le 14 isterectomie vaginali sono state praticate : 11 per carcinoma ; una per metrite cronica emorragica, complicata da fibroma ovarico ; due per prolasso totale dell'utero. Di queste operate, 13 sono guarite dell'operazione, una è morta in 9^a giornata per setticoemia.

Dal punto di vista dei risultati lontani, nelle operate per carcinoma, si può venire alle seguenti conclusioni : tre di esse vivono ancora, una dopo un decorso di due anni, l'altra di un anno, senza che vi sia tuttora indizio di riproduzione, la terza dopo tre anni, con riproduzione al di là della cicatrice. Sei sono morte per recidiva della malattia, in un periodo che varia da 8 a 26 mesi. Delle altre due operate non si hanno notizie.

Trapani, marzo 1894.
