

DOTT. A. TURRETTA

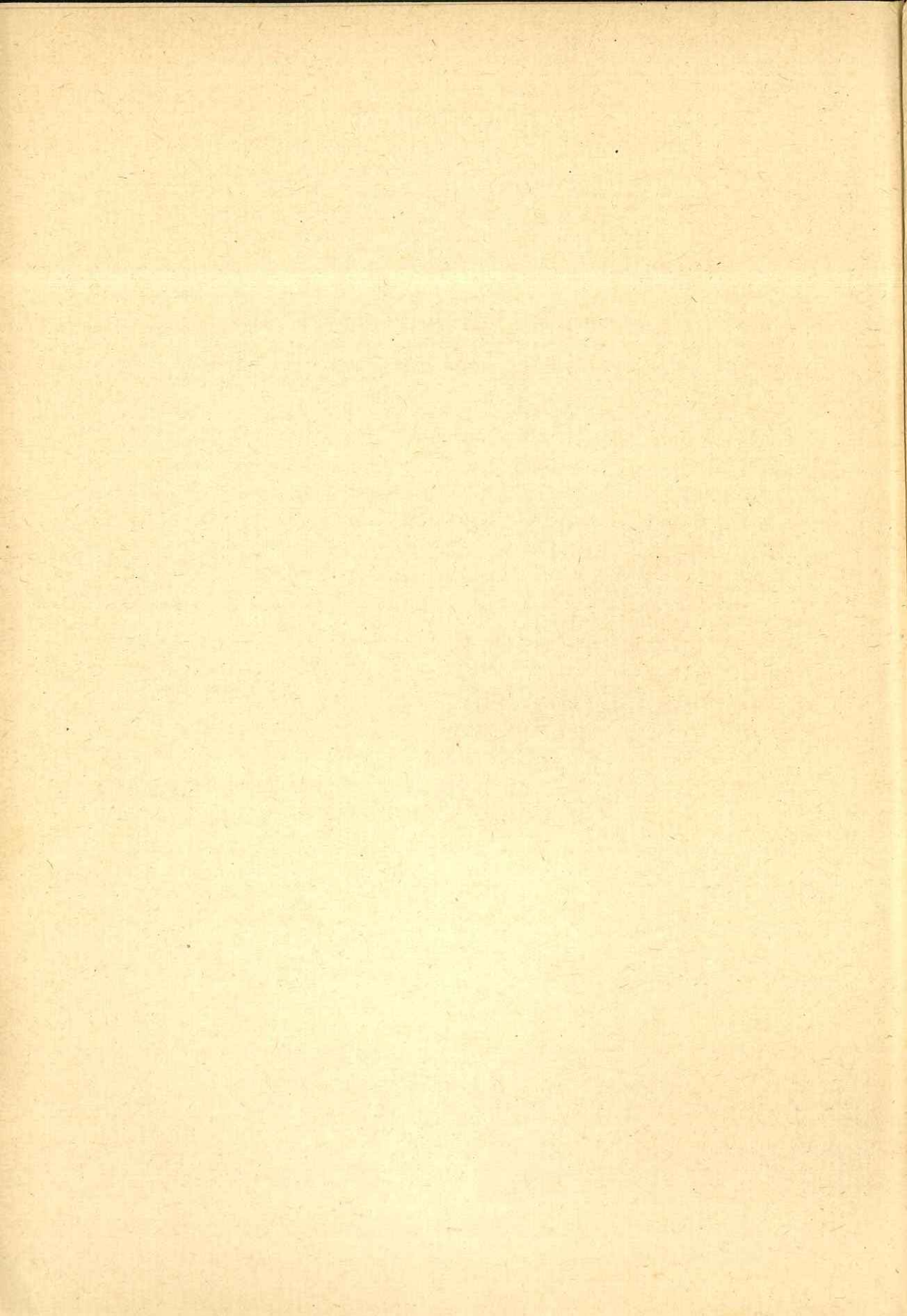
Chirurgo primario dell'Ospedale S. Antonio, Trapani

CURA DELLE RETROPOSIZIONI DELLA MATRICE

(Estratto dagli Atti della Società Italiana di Chirurgia)

ROMA
Tipografia INNOCENZO ARTERO
PIAZZA MONTECITORIO - N. 124-125

1899



Dott. A. TURRETTA. — Cura delle retroposizioni della matrice.

La questione della terapia migliore per gli spostamenti dell'utero è tuttora così fortemente dibattuta, che io credo debbano riuscire di qualche utilità le osservazioni pratiche di ciascuno su questo importante argomento di terapia ginecologica.

Da alcuni anni, io mi servo di una tecnica operativa nuova, per curare le deviazioni posteriori della matrice, la quale tecnica mi ha dato buoni risultati.

Io pratico l'accorciamento endo-addominale dei legamenti rotondi, e, contemporaneamente, lo accorciamento dei legamenti larghi, fissando una ripiegatura di questi alla faccia posteriore della matrice.

Ecco in poche parole l'operazione in che consiste :

La paziente stando in posizione di Trendelenburg, ed aperto il ventre, vado in cerca della matrice, distacco le aderenze se ne esistono, la porto in vicinanza, della ferita addominale ; ispezione gli annessi dei due lati ; se vi sono alterazioni, come accade di sovente, pratico l'estirpazione, l'amputazione delle ovaia e delle trombe ammalate. Sposto l'utero dall'uno dei lati ; scorrendo col polpastrello dell'indice sinistro dal corno uterino, obliquamente in fuori ed in basso, sulla superficie posteriore del legamento lar-

go, metto in tensione e in evidenza il legamento rotondo, che ha una grossezza variabile. Alla distanza di circa quattro centimetri dalla sua inserzione al corno uterino, e nel suo spessore, passo con un ago curvo un filo di cat-gut robusto (n. 3) e lo annodo; dieci o dodici millimetri più in sopra attraverso lo stesso legamento, col medesimo ago e annodo il filo al capo libero del nodo precedente, producendo in tal modo una prima duplicatura del legamento. Infiggo una terza volta l'ago dieci millimetri più in alto, ed ottengo una seconda duplicatura, in modo da formare con la precedente una specie di nodo a cravatta. I fili vengono solidamente annodati e tagliati.

In questo primo tempo dell'operazione, il metodo si assomiglia a quello di Gill Wyllie, se non che questi praticava una sola ripiegatura del legamento rotondo (*Surgical treatment of retroversion of the uterus etc. Americ. Journ. of obstetris. Mai, 1889*).

Passo quindi all'accorciamento del legamento largo, suturando con due punti il meso-salpinge alla faccia posteriore dell'utero, 15 millimetri circa dal bordo laterale di questo ed un po' in basso. Trafitto il meso-salpinge d'avanti indietro, al di sopra del bordo superiore del legamento utero-ovarico e alla distanza di due centimetri dal bordo laterale dell'utero l'ago viene immerso profondamente nella faccia posteriore dell'utero, comprendendo dal basso in alto una notevole quantità di tessuto uterino, fuoriesce a 10 millimetri dal bordo superiore dell'utero, trapassa da dietro in avanti il meso-salpinge al di sotto della tromba, e si annoda all'altro capo del filo. Un altro punto di sicurezza viene passato nello stesso senso, la ripiegatura peritoneale che costituisce il legamento largo viene in tal modo solidamente fissata alla sierosa e al tessuto muscolare dell'utero.

L'identica manovra si ripete all'altro lato; indi si chiude la ferita addominale.

L'utero rimane in forzata antiversione e rialzato.

Le considerazioni che mi hanno indotto a questo duplice accorciamento sono le seguenti:

Anzitutto non si può dire che il legamento rotondo per la sua

percorrenza e pel suo passaggio in mezzo a tessuti e canali suscettibili di spostamento, sotto date condizioni, abbia una posizione fissa da assicurare la stabilità dell'utero : esso, dipartendosi dalla porzione anteriore del corno uterino al di sotto della tromba, prima di penetrare nel canale inguinale, descrive una curva. Il suo diametro che suole essere, nel punto d'inserzione all'utero, di sei millimetri circa, diminuisce notevolmente a misura che va in basso ; il suo volume è variabilissimo, e non è a meravigliarsi che ad alcuni operatori non sia riescito di trovarlo nel canale inguinale.

Questo legamento dunque ha un'azione limitata nella statica uterina (Ribemont - Dessaignes - Lepage) ; anche quando sia stato notevolmente accorciato, la sua tensione non sarà mai abbastanza assicurata dopo qualche tempo. E non è da trascurare l'altra considerazione, che, nel punto in cui il legamento rotondo penetra nell'anello inguinale interno, il peritoneo vi aderisce così fortemente, che questa membrana si lacera piuttosto che seguire il cordone quando questo viene stirato in fuori. Così che nella operazione Alquié-Alexander, le trazioni che si esercitano sul legamento rotondo danno un risultato di accorciamento che non è tutto a spese della porzione sua endo-addominale, ma è in buona parte apparente, cioè a spese di quella porzione che percorre il canale inguinale, la cui lunghezza viene ad essere abbreviata dal fatto stesso dello stiramento che tende a mettere in posizione quasi parallela i due orifici del canale.

Come mezzi di fissità dell'utero, i legamenti larghi sono invece di maggiore importanza. Essi, attaccandosi alle pareti della escavazione pelvica, mantengono l'utero così fortemente nella sua posizione normale che quest'organo difficilmente può subire spostamenti d'avanti indietro e molto meno da sinistra a destra e viceversa. Dotati di molte fibre muscolari, essi riprendono qualche volta la loro tensione e tonicità quando cessa la causa temporanea di stiramento. Non è raro il caso di uteri, tenuti in retroversione da aderenze, che riprendono spontaneamente la loro posizione normale, quando, con la laparotomia, vengono rimosse le

cause che mantenevano la posizione viziosa (Routier, *Bull. soc. de Chir.* 16 Janvier 1889).

Mi sembra dunque che nei casi di cui si parla non dovrebbe essere trascurato un elemento che contribuisce così fortemente alla statica uterina.

Col metodo da me adoperato i legamenti larghi non vengono semplicemente accorciati, ma la loro posizione di attacco all'utero viene a subire un notevole spostamento, perchè la loro inserzione in alto non sarà più sul margine uterino, sibbene sulla faccia posteriore di quest'organo, il cui asse resta per ciò stesso notevolmente spostato in avanti, e tutta la matrice rialzata pel fatto dello accorciamento e della sutura fatta un centimetro più in basso del bordo superiore.

I risultati da me ottenuti nel periodo di tre anni — perchè adopero questo metodo sin dal 1895 — sono ottimi sia dal punto di vista della stabilità della posizione nuova che si dà all'utero, come da quello funzionale, nel senso che tutte le operate non hanno accusato mai alcuno inconveniente, nè sofferenze all'epoca delle ricorrenze mensili, che nelle donne tuttora mestruate sono avvenute senza ritardi e senza accidenti di sorta.

La ripiegatura della parte di legamento largo che è compresa tra la tromba e il legamento utero-ovarico può in piccola parte contenere organi embrionali e assolutamente rudimentari. — Corpi di Rosenmüller, canale di Gartener, idatide di Morgagni, — ma ciò non ha alcuna importanza, e come è naturale, non produce alcun ostacolo alla normale funzione della matrice. La tromba subisce una flessione angolare indietro ed in basso, ma la sua funzione non sembra che debba per questo fatto rimanere disturbata; tale è almeno la convinzione che ho acquistata in base alle mie osservazioni.

Col metodo che ho esposto, l'utero antiverso non esercita compressione alcuna sulla vescica, la quale nella ventrofissazione rimane indubbiamente compressa ed ha bisogno di adattarsi da un lato o dall'altro all'utero fissato, spesso con notevoli disturbi nella minzione.

Nè è solamente questo l'inconveniente che si attribuisce all'isteropessi. Non sono rari i casi di distocie gravi ad essa dovute, sia per la esistenza di larghe membrane che fissano fortemente l'utero alla parete addominale, sia perchè il collo non riesce facilmente dilatabile; onde è che qualche volta si è dovuto ricorrere al taglio cesareo (Pinzani), altre volte alla semplice laparotomia per operare il distacco, ed altre, finalmente, alla incisione del collo dell'utero (Calderini). — Tali inconvenienti gravi sono stati notati operando, vuoi col processo di Fritsch, vuoi con quello di Czerny-Leopold, o con quello di Olshansen-Sänger. — La pratica di limitare la sutura semplicemente alle due sierose, viscerale e parietale (Mangiagalli, Morisani) non dà garanzia sicura di permanenza di risultati. Per queste considerazioni non pochi operatori si astengono dal praticare la isteropessi addominale nel periodo generativo delle operande.

L'operazione da me indicata non dovrebbe essere per nulla pericolosa, se si pensa alla innocuità assoluta della laparotomia antisettica.

Io l'ho praticata nei casi di deviazioni complicate ad affezioni croniche o bilaterali degli annessi; nelle retroposizioni complicate ad un certo grado di prollasso; nelle deviazioni dolorose siano esse aderenti o no; e finalmente nei casi d'intolleranza ai pessari o impossibilità di tenerli applicati.

Senza dubbio, non si deve intervenire quando la deviazione non dà sofferenze di sorta, o quando si può correggere dai pessari; ma nei casi in cui l'intervento si reputa necessario, non bisogna dimenticare che la dislocatione è dovuta, il più delle volte, ad una associazione morbosa degli organi genitali interni, e che il chirurgo accingendosi ad un atto operativo, deve mettersi nel caso di rimuovere tutte le condizioni morbose. Ecco perchè si rende necessario l'intervento addominale.

A conforto della importanza che io annetto all'accorciamento dei legamenti larghi nelle affezioni di che trattasi, devo soggiungere che nei primi casi operati, ed anche in qualcuno dei susseguenti, limitai l'intervento al semplice accorciamento di questi

legamenti, i quali, quando ha preesistito una cronica infiammazione degli annessi, sono fortemente ispessiti ed offrono una resistenza considerevole.

Or bene, ho potuto constatare, con l'osservazione ripetuta in un periodo che varia da uno a tre anni, che i nuovi legamenti non si sono più allungati, e che l'utero conserva sempre la sua posizione normale.

Non mi sono note gravidanze seguite all'operazione. Ma ciò non deve recar sorpresa quando si pensi al numero limitato delle osservazioni, e al fatto che nella maggior parte dei casi operati trattavasi di donne con lesione degli annessi, che sono stati in totalità od in parte asportati, o di altre prossime a raggiungere la menopausa.

La mia esperienza si limita a N. 22 operazioni, delle quali a tempo opportuno pubblicherò le storie cliniche, e che qui riassumo in quadri sinottici.

In N. 17 ammalate fu praticato l'accorciamento dei legamenti rotondi e dei legamenti larghi. In cinque furono semplicemente accorciati i legamenti larghi che, essendo fortemente ispessiti, offrivano garanzie di risultato permanente. In N. 9 operate furono asportati gli annessi di un solo lato. In due fu fatta l'ablazione bilaterale.

I risultati lontani buoni sono stati constatati in N. 19 operate, tre non sono state più rivedute nè mi è stato possibile averne notizie.
