

DOTT. A. TURRETTA

---

**Sul trattamento chirurgico degli  
ascessi epatici e delle cisti ida-  
tidi del fegato.**

---

COMUNICAZIONE

fatta al 1° Congresso medico Siciliano

---

(Estr. dagli *Atti del I Congresso medico Siciliano*)



PALERMO  
OFFICINA SCUOLA TIPOGRAFICA  
*Colonia Agricola di S. Martino*

1903



Gli accessi epatici, che in alcuni paesi caldi e nell'Egitto, assumono spesso il carattere di una endemia, sono con una certa frequenza osservati presso di noi come infezione individuale. In un breve periodo di anni ho potuto curarne un numero relativamente notevole e in soggetti appartenenti alla provincia di Trapani. Ho creduto perciò non inopportuno dar conto dei criteri e dei metodi da me seguiti nella cura di tale infermità, per la considerazione che a noi, Medici della Sicilia, incomba l'obbligo di studiare con particolare attenzione quelle malattie che possono essere legate a peculiari circostanze di luogo, di clima e di abitudini. Per le stesse ragioni, alle osservazioni degli accessi epatici, ho voluto unirne altre che si riferiscono a cisti idatidi del fegato, molte delle quali in processo di suppurazione, anche perchè non sono diverse le vie per cui vi penetrano gli agenti infettivi.

Una osservazione è stata costantemente da me fatta riguardo alla genesi di queste infermità, e questa deve avere un grande valore, specialmente tra noi dove la causa degli accessi epatici non è quasi mai la vera dissenteria e dove manca l'abitudine all'alcolismo. Tutti gl'individui da me osservati erano affetti da infezione palustre cronica. L'agente malarico deve esercitare una grande influenza predisponente nello sviluppo delle suppurazioni del fe-

gato, turbando profondamente le funzioni dell'organo con le iperemie e le stasi sanguigne e biliari quasi permanenti.

Non vi può essere infiammazione suppurativa del fegato senza l'arrivo in esso di germi piogeni, i quali s'incamminano sia per le vie linfatiche e sanguigne come lungo i canali biliari. Germi infettivi possono arrivarvi per metastasi in caso di febbri infettive o di processi suppurativi a caratteri setticoemici o setticopiemici, in organi lontani.

Tolto quest'ultimo caso, e quello di penetrazione diretta nel fegato per ferite semplici o con penetrazione di corpi estranei settici o per diffusione di processo da organi e tessuti contigui, in tutti gli altri casi le vie linfatiche attingono il materiale settico dall'intestino da tronchi linfatici che si accompagnano a ramificazioni della vena porta e dei dotti biliari. In generale, due sono le cause etiologiche più comuni degli ascessi epatici: 1° o sono metastasi, agenti patogeni, piogeni ordinarii delle superficie ulcerate dell'intestino associati ad altri germi eteroetoni che invadono la glandola; 2° o sono disturbi gastrointestinali, o meglio duodenali, germi isolati in sospensione nei liquidi circolanti nell'intestino stesso, che penetrano per le vie biliari, sono in questo caso, affezioni febbrili dello stomaco e del duodeno, provocate da alcoolismo, molto più spesso da abusi dietetici, nelle quali esercita un gran giuoco il batterium coli. Il contingente più grave degli ascessi epatici è dato dalle angiocoliti e dalle colecistiti calcolose suppurate.

E' impossibile, nei casi di metastasi, trovare un solo agente specifico patognomonico; tutti gli agenti patogeni vi si possono trovare: lo stafilococco bianco, lo stafilococco aureo, il bacillo piogeno fetido, il colibacillo, lo streptococco, il proteus vulgaris, le amebe. L'esame dei tagli ritrovò poi che anche in qualche caso in cui le culture erano riuscite negative, le pareti dello ascesso possono contenere dei batteri. Dalle mie ricerche risultano provati questi risultati: di otto ascessi primitivi del fegato, in quattro il pus si è rivelato sterile, ma di questi quattro casi, in due le culture hanno dato risultati positivi. Però è indubitato che vi siano degli ascessi epatici cronici, a contenuto limitato, in cui il processo non ha

potere invadente, e nei quali i microrganismi sono morti. Questi ascessi, senza vuotarsi in altri organi vicini, si isolano, s'incapsulano, e la marcia residuale si riassorbe. A queste conclusioni io devo venire dal momento che si sono presentati a me soggetti con la diagnosi di ascessi epatici in località periferiche indicate dal medico curante, con diagnosi sicura per aspirazioni fatte con siringhe esploratrici. Ebbene dopo qualche tempo io mi accingo alla ricerca del pus e non lo trovo. Lo stato generale buono dell'ammalato, la mancanza di febbre e di risentimento locale, il rientramento dell'organo ammalato nei confini normali, lo stato di benessere conservato poi lungamente, fanno pensare alla guarigione spontanea. Casi di questo genere sono stati del resto osservati da molti.

Per la diagnosi degli ascessi epatici, in alcuni casi difficilissima, non bisogna rinunciare alla puntura esploratrice la quale non ha conseguenze per la sostanza epatica ed offre il grande vantaggio di potere agire precocemente abbreviando il decorso ulteriore del male. Contro questo metodo di esplorazione diagnostica si pronunciò recisamente il Giordano di Venezia, nell'ultimo congresso di Parigi. Ma se è vero che una puntura esplorativa può dare risultati negativi anche quando esiste l'ascesso nelle vicinanze in cui l'ago è penetrato, è altresì indubitato che in molti casi l'esplorazione in parola dà vantaggi inestimabili; e non si sa perchè vi si dovrebbe rinunciare quando tutti gli osservatori sono di accordo nel ritenerlo un elemento assai prezioso ed innocuo di ricerca. Io ho degli esempi nei quali la diagnosi sicura di sede non sarebbe stata possibile senza una serie di punture che mi guidarono sulla sede del focolaio. Ma nei casi di ascessi alti e profondi della glandola vorremmo noi procedere alla ventura resecando costole e foglietti pleurali senza la sicurezza che la larga breccia che noi facciamo in organi delicati ci conduca al vuotamento dell'ascesso? Anco le ricerche sinora eseguite sulla emodiagnostica in chirurgia non hanno dato che risultati incerti per ciò che si riferisce a raccolte purulente nel fegato; e sembra che la cifra indicata da Boinnet e Maurel per la reazione leucocitaria negli ascessi epatici, non sia stata confer-

mata da altri, e resti molto approssimativa. La puntura è dunque in molti casi assolutamente indispensabile, e noi vi ricorremo senza pericolo.

Gli ascessi epatici devono aprirsi appena se ne potrà fare la diagnosi e nella maniera più larga possibile. In genere tende a guadagnare la superficie dell'organo per aprirsi o all'esterno, o negli organi contigui: i polmoni, la pleura, lo stomaco, l'intestino, il peritoneo possono venire invasi. I casi di apertura nel polmone sono i più comuni, e, secondo la statistica di Zankaral, i meno pericolosi.

Fra i casi da me osservati, una volta l'ascesso si era messo in comunicazione col polmone, senza che perciò fosse venuto meno il bisogno di aprire alla marcia una via allo esterno.

Tanto più l'intervento sarà precoce, tanto maggiore sarà la possibilità di salvare l'ammalato. Si tratta di un organo la cui insufficienza funzionale esercita un'influenza grandissima su tutto l'organismo. E' un viscere la cui funzione depuratrice è indispensabile, il quale si distrugge, si disorganizza per una estensione più o meno grande; da qui la estrema gravità dei processi sia suppurativi che cistici i quali sottraggono per una grande estensione la funzione del viscere ai bisogni dell'organismo.

Per l'apertura degli ascessi epatici io pratico una grande incisione verticale, scopro il viscere nel punto che conduce più da presso al focolaio suppurativo e che permette di suturare il fegato alla parete addominale là dove sarà meno stirato. Suture sempre il fegato al peritoneo parietale o diaframmatico prima di procedere all'apertura dell'ascesso. Il metodo di Little porta con sè gravi pericoli e per nessuna ragione deve essere preferito. Il movimento che fa il fegato durante gli atti respiratori, la riduzione del suo volume durante lo svuotamento, rendono facilissima la caduta del pus nel peritoneo. Ora è constatato che anche il pus, che sembra sterile nelle ricerche da laboratorio, può riuscire infettante nei soggetti non malati o in animali da esperienza. Gérard Marchant (Soc. de chirurg. Jour. 1897) e Maurice Hache (congresso di Parigi 1900) hanno, fra gli altri, riferito casi di morte da addebitarsi esclusiva-

mente a questo metodo. Dunque suturare sempre il fegato alla parete addominale, applicando una corona di punti, prima di aprire l'ascesso. Faccio l'incisione più in alto che sia possibile, anche quando il bordo del fegato discenda al di sotto dell'ombelico, tenendo conto della tendenza che ha il viscere a retrarsi in alto dopo lo svuotamento. In generale, quando il pus è accessibile, senza procedere per via transpleurale, io comincio l'incisione dal bordo costale in basso, salvo a resecare in alto una o più costole, se il bisogno lo richiama; ecco perchè all'incisione trasversale parallela al bordo costale, adottata da molti, io preferisco sempre l'incisione verticale che mi dà il vantaggio di poterla prolungare in alto durante l'atto operativo o in secondo tempo secondo che il bisogno lo richiama. In questo modo ho potuto resecare, sul campo d'operazione, la decima, la nona e l'ottava costola nel caso segnato col N. 2, nel quale, trovando a prima giunta un ascesso piccolo che si avviava in alto pei canali biliari, ho creduto necessario prolungare l'incisione del fegato in alto per circa 12 centimetri allo scopo di penetrare col dito alla ricerca di altri focolai, ciò che mi riescì completamente. Trattavasi di un caso di angiocolite settica a focolai multipli. In alcuni tratti la sostanza epatica dovette essere interessata per 5 centimetri circa.

Per gli ascessi della parte alta convessa del fegato, bisogna interessare la pleura resecando parecchie costole. Così ho dovuto praticare anche nel caso segnato col numero 5, nel quale la diagnosi di ascesso epatico fu solo possibile dopo una serie di punture esplorative che mi condussero nel punto d'intersezione della linea papillare trasversa con l'ascellare anteriore. Cominciai dunque dal basso, resecando la nona, ottava, settima e sesta costola e potei in tal modo, dopo avere interessato largamente la pleura, unendo subito la pleura costale alla diaframmatica, aprire l'ascesso che si esplicava maggiormente dalla parte posteriore e quindi fu necessario interessare la sostanza epatica per uno spessore di tre centimetri.

Per la incisione del tessuto epatico vi è chi preferisce il coltello galvanico al bisturi, specialmente se si tratta d'incidere uno

strato assai spesso. Qualcuno entra addirittura lacerando con la punta del dito indice (Giordano), altri si serve di una pinza a *drain longue*, le di cui branche, allargandosi appena entrate, comprimono il tessuto epatico, mentre che aprono una larga breccia (Adamidi). In verità io credo che vi sia più da temere una emorragia del parenchima epatico da parte delle pareti del cavo ascessuale, anzichè dalle labbra della ferita che il chirurgo ha tutto l'agio di comprimere fra le sue dita per arrestarne l'emorragia. Il volere ricorrere a mezzi contusivi e laceranti pel timore di una emorragia che si può sempre dominare, aumentando così lo stato d'inflammazione in cui si trova la sostanza epatica, non mi sembra pratica da seguire. Invece la compressione che io posso esercitare sulla ferita con le mie dita, penetrando nella cavità dell'ascesso, mi sembra più che bastevole per mettermi al coperto da una emorragia da questa parte. Io ho praticato quasi sempre l'incisione col coltello tagliente, tanto nei casi di ascesso epatico come in quelli di cisti idatidi. Talvolta ho praticato per queste la resezione di una parte della parete anteriore senza che abbia dovuto deplorare una perdita notevole di sangue.

Incisa la parete dell'ascesso, io penetro con uno o due dita nel cavo e rompo i sepiamenti, che quasi sempre esistono trattandosi di un ascesso vasto e di lungo decorso. Non seguo la pratica suggerita dal Fontan (de Toulon) di raschiare col cucchiaio le pareti dell'ascesso perchè la credo inutile e pericolosa; penetro qualche volta con un batuffolo di garza, e dopo una leggera ripulitura, applico un grosso drenaggio di garza iodoformica allo scopo d'impedire qualsiasi emorragia, e lo sostituisco, dopo 24 ore, con un doppio drenaggio elastico, che lascio applicato secondo il bisogno, allo scopo di dare libero scolo ai prodotti della suppurazione e di praticare il lavaggio antisettico.

I casi di ascessi epatici, non traumatici, da me operati, dacchè ho cominciato a prenderne nota, sono otto, cioè sei in soggetti maschi e due in donne. L'età va da un minimo di 28 a un massimo di 52 anni; il periodo di guarigione da 20 giorni a 120. La morte avvenne in un solo caso (av. 3<sup>a</sup>) che fu portato all'ospedale in con-

dizioni gravissime. Morì otto giorni dopo l'atto operativo, e l'autopsia constatò una pneumonite di quasi tutto il polmone sinistro. Tutti gli altri soggetti guarirono in maniera permanente.

*Cisti di echinococco suppurate.*

Le *cisti* da echinococco del fegato non cadono ordinariamente sotto l'osservazione del Chirurgo che quando sono suppurate, o quando hanno assunto un volume considerevole. L'estensione del tumore opera sulla glandola, così necessaria all'organismo, tale lavoro distruttivo da generare uno stato di scadimento generale e di cachessia che si rivela con colorito speciale della pelle e delle mucose che dà agli ammalati uno aspetto caratteristico.

Ho preso nota di N. 16 cisti suppurate e di un numero assai grande di cisti non suppurate — Solo di alcune dirò brevi parole perchè hanno una certa importanza diagnostica ed operatoria.

Ormai è superfluo parlare dei metodi di Recamier e di Wolkmann per aprire la ciste in due tempi. Oggi è difficile trovare chi non incida la parete addominale e la ciste in un tempo solo. Sono quasi universalmente accettati i metodi di Sängner e di Lindemann, i quali si differenziano in questo, che il primo sutura alla parete addominale la ciste prima di averla spaccata, il secondo la sutura dopo. Comunque sia, io mi appiglio all'uno o all'altro metodo secondo che il caso richiede. Ecco un caso di ciste suppurata meritevole di essere riferito :

Una donna presentava all'ipocondrio destro un tumore fluttuante, grande come la testa di un adulto, ma un po' oblungo e quasi a forma di fagiolo, rialzante l'arco costale, quasi affatto spostabile con gli atti respiratori; al di sopra di esso si poteva palpare il bordo del fegato sporgente due dita sotto l'arcata stessa. Scorrendo con la mano lungo il polo inferiore del tumore si percepiva verso la fossa iliaca un altro tumore, assai più piccolo, liscio, la cui forma non era determinabile perchè il tumore stesso sfuggiva nascondendosi sotto il tumore principale al quale pareva



connesso. Il tumore grande rialzava la regione lombare corrispondente dove l'ottusità si estendeva in alto oltre i confini dell'ottusità epatica.

Nulla di rimarchevole nelle urine e neppure nei precedenti della ammalata. La diagnosi mi sembrava incerta tra un tumore peduncolato della faccia posteriore alta del fegato e un tumore renale. E poichè vi erano tutti i segni di un processo suppurativo in corso, non credetti opportuna alcuna puntura esplorativa e aggredii il tumore dalla regione lombare con una larga incisione curvilinea come per la nefrectomia alla D'Antona.

Mi fu facile constatare che il rene destro era spostato in basso e costituiva quel corpo sfuggente sotto il polo inferiore del tumore, il quale era intraperitoneale. Apersi dunque il peritoneo, col quale il tumore non presentava traccia di aderenze, e con opportune precauzioni incisi la grande sacca purulenta. Venne fuori un numero considerevole di cisti suppurate, e a misura che con le pinze tiravo in fuori le pareti del tumore, il rene rientrava nella sua loggia naturale.

La ciste proveniva probabilmente dalla superficie posteriore superiore del fegato e, a misura che progrediva in basso per la scanalatura lombare, aveva snidato il rene destro. La porzione di ciste che non potè essere asportata fu suturata all'esterno e drenata con grossi tubi elastici. La guarigione avvenne lentamente; ma dovetti molto lodarmi del partito di aggredire il tumore dalla parte lombare.

Per la cura delle *Cisti non suppurate*, tolta la semplice puntura con iniezioni parassiticide, non vi è che: 1° la marsupializzazione; 2. lo svuotamento e la sutura della ciste; 3. l'estirpazione della ciste e la sutura della ferita del fegato e del pericistio. Quest'ultima è l'operazione veramente ideale, la quale di rado può essere attuata, sia per la mole straordinaria della ciste che non consente lo svuotamento completo e l'uscita della membrana germinativa e delle cisti figlie, nè il totale avvicinamento della superficie del pericistio; sia perchè le pareti del pericistio possono essere calcificate, indurite e aderenti tenacemente al torace e ad altri organi.

Con questa operazione ideale si svuota tutto, si sutura la ferita epatica e non si fissa al peritoneo. In questo caso la sacca del pericistio via via sparisce essendo sostituita da una cicatrice accollata alla parte periferica del fegato.

Una volta sola mi è stato possibile attuare questo processo operativo e ottenere guarigione rapidissima.

In un altro caso, essendo la ciste molto voluminosa e lo strato di parenchima epatico che la ricopriva non molto spesso, nell'intento di ridurre la cavità della sacca mi sono appigliato al partito messo in opera prima dal Loreta poi da Lucas - Championniere e da Ruggi, di resecare una larga striscia di sostanza epatica, enucleando completamente la ciste germinativa. Anche qui suturai per prima la ferita epatica lasciando nell'angolo inferiore un piccolo tubo a drenaggio che pescava appena nel cavo pericistico. Venne fuori per alcuni giorni una scarsissima secrezione non purulenta di aspetto bilioso. L'operato guarì e lasciò l'ospedale dopo 25 giorni.

In fine, io farò cenno di un caso, di cui vi parlerà in dettaglio il mio primo assistente Dr. Scio, di un soggetto, cioè, che portava, chi sa da quanti anni, un enorme ciste dell'ala destra del fegato, per lo che era ridotto in uno stato di deperimento e di anemia spaventevole. La ciste era unica, ma fissa alla parte alta del torace e la membrana germinativa non potè essere asportata per intero. Vi era comunicazione coi bronchi. Dopo lo svuotamento, la riduzione naturale del torace destro nella sua ampiezza fu piccola cosa di fronte al grande cavo, sicchè si andò incontro ad una suppurazione profusa a caratteri settici, che minacciava di portar via l'ammalata. Si ricorse allora alla toracoplastica, e furono resecati grandi tratti di tutte le costole sino alla 2<sup>o</sup>. L'operato migliorò subito, e fra giorni lascerà l'ospedale guarito e rifatto nella nutrizione.

Questo caso mi sembra molto istruttivo perchè dimostra la grande distruzione che possono esercitare le cisti di echinococco sul fegato, e la difficoltà di guarirle anche quando non siano in preda a processo di suppurazione.

### Osservazione I

Saluto Francesco, contadino benestante di anni 48, da Monte S. Giuliano. Nulla di notevole nel gentilizio. Stette bene sino all'età di 12 anni, sebbene sin da bambino il suo addome fosse notevolmente tumido. A quell'età soffersse febbre e dolori intensi nel lato destro dell'addome dove si resero manifesti i segni di una suppurazione. Fu praticata una incisione dal Chirurgo, e dall'apertura venne fuori, assieme a pus, una quantità notevole di liquido contenente molte cisti idatidi. Si trattò probabilmente di una cisti del fegato suppurata. Dopo alcuni mesi guarì e stette bene per molti anni, gli restò un leggiero senso di dolentia sotto l'ipocondrio destro. Il decubito laterale sinistro tormentoso, e perciò mai preferito. Da quattro anni in quà è andato più volte soggetto a dolori su quella parte dell'addome che fu già sede di suppurazione, preceduti da disturbi intestinali di carattere diarroico, e con febbre alta, ma questi accessi erano interpolati da lunghi periodi di calma e di quasi completo benessere. Due mesi fa in causa di qualche strapazzo e di abusi dietetici, fu assalito da forti dolori addominali e febbre: esisteva costipazione intestinale. Venne in città e fu da me curato con purgativi e disinfettanti intestinali: i dolori erano assai intensi verso l'angolo colico e su tutto l'ipocondrio destro. Dopo alquanti giorni stette meglio e ritornò in campagna. Ma non passò molto tempo che fu obbligato a ritornare alla mia osservazione. La regione epatica e tutto l'ipocondrio destro erano molto tumefatti. Ottusità sino a quattro dita trasverse oltre il bordo costale. Febbre a 40°.

*Diagnosi*: accesso epatico.

*Operazione*: Incisione lungo 8 centimetri, aderenze col peritoneo, uscita di 500 grammi di pus fetido color feccia di di vino con molti fiocchi biancastri. Lavaggio con soluzione di sublimato all'1 per mille, zaffiamento del cavo con garza all'iodoformio, dopo nettamento con tamponi insuppati di una soluzione di permanganato potassico. Alla rimozione del tampone nel giorno seguente, segue uscita di nuova quantità di pus fluido giallognolo. Si sostituisce un

doppio drenaggio. L'ammalato, che era già molto indebolito, cominciò subito a migliorare. Nulla di rimarchevole nel decorso ulteriore. L'operato può rimettersi in piedi dopo 25 giorni; ma la guarigione si fa lungamente attendere a causa di un'apertura fistolosa rimasta dalla ferita, la quale non cicatrizza che dopo circa tre mesi. Egli gode in atto una salute eccellente.

### Osservazione II

Conso Giacomo, 45 anni, da Campobello di Mazzara. Infezione palustre cronica.

Da qualche mese, disturbi gastro enterici con forme dissenteriche. Aspetto giallo-terreo; dispnea intensa, brividi ripetuti, temperatura oscillante tra  $39^{\circ} 1/2$  e  $41.$ , polso 106; sensorio indebolito. Stato generale gravissimo. Tumore di milza. Fegato notevolmente ingrandito rialzante l'arco costale. Ottusità dalla pupilla mammaria alla trasversa ombelicale, l'ottusità è aumentata anche sull'ascellare media e in avanti sulla parasternale sinistra. Pressione dolorosissima su tutta l'aia di ottusità. Una puntura esploratrice fatta sotto l'arco costale da materiale purulento color feccia di vino verdognolo.

*Diagnosi*: Ascessi multipli da angicolite settica.

*Operazione*: Incisione verticale dal bordo costale in giù. Il fegato, non aderente, viene suturato alla ferita addominale. Incisione col bisturi attraversando centim. 4 di tessuto epatico. Si ottengono 100 grammi circa di pus con fiocchi biancastri. Penetrando col dito si sente che il pus proviene da alcuni canali che non si possono rompere tutti col dito. Si prolunga l'incisione in alto e si reseca la 10. e la 9. cartilagine e l'8. costola, si sutura il fegato al peritoneo diaframmatico e lo s'incide in alto penetrando profondamente col bisturi; si mettono così in comunicazione vari focolai ascessuali. Zaffamento con garza all'iodoformio. La temperatura discende la sera stessa a  $39.$ , brividi meno frequenti — il polso si mantiene a 120 e il respiro a 60. Stato soporoso, rantolo tracheale. Il giorno seguente, il fegato è ridotto di poco: polso 96. R. 55.

Si sostituisce il drenaggio di garza con tubi di gomma. Comincia l'espettorazione di materiale mucopurulento.

Dal 3. al 10. giorno, lo stato dell'infermo è poco mutato. La temperatura scende qualche volta a  $36^{\circ},4$ , il respiro si mantiene a 50, il polso oscilla tra 96 e 110.

Il secreto purulento è marcatamente bilioso. Si praticano frequenti iniezioni di caffeina e di chinino. Al 10. giorno si fa marcato un miglioramento: il polso si rialza ed è meno frequente. R. 24. Dal cavo ascessuale continua a fluire in copia pus giallognolo; l'espettorazione è sempre abbondante.

Nei giorni che seguono, il miglioramento si avvia molto più rapido: e al 45. giorno l'operato viene dimesso in condizioni generali buone.

Rimane un piccolo seno che segrega poco pus. La guarigione avvenne dopo altri pochi giorni.

### Osservazione III

Pisciotta Vincenzo, 52 anni; contadino, da Campobello di Mazzara.

Diatesi urica e infezione cronica palustre. Da circa un mese, fenomeni dissenterici. Da 15 giorni, dolori intensi all'ipocondrio destro, febbre alta, tosse, dolori profusi e brividi ripetuti. Stato generale, al suo ingresso nell'Ospedale, gravissimo: Temperatura  $42^{\circ}$ . P. 130, R. 50. Stato algido della pelle, lingua aridissima, impossibilità di parlare, sensorio molto indebolito. Torace ed ipocondrio D. molto rialzati, con pelle edematosa e in un tratto arrossita. Ottusità estesa in basso oltre la linea trasversa ombelicale, in alto sulla papillare, sino alla 4<sup>a</sup> costola. Tumore di milza, edema acuto dei polmoni.

*Diagnosi*: Ascesso epatico (ala destra), periepatite ed aderenze già costituite.

*Operazione*: Incisione verticale di 10 centimetri. Si constata-no le aderenze. Si ottengono 1300 c.c. di pus rossiccio fluido. Si rompono col dito molti sepiamenti. Nessuna emorragia. Lavaggio

con acqua sterilizzata calda, zaffamento alla Mikulitz, sostituito con due grossi tubi il giorno seguente.

L'operato migliora la sera stessa, può parlare. T. 39°, P. 110, R. 26. Il giorno successivo T. 38°,5, P. 100, R. 26. Dopo 5 giorni, nuovi fenomeni dissenterici, sintomi di pneumonite a sinistra. Morte 8 giorni dopo l'atto operativo. L'autopsia conferma il processo pneumonico. Nel fegato non si trovano altri focolai di suppurazione.

#### Osservazione IV

Grimaldi Vito, 35 anni, da Alcamo — Febbri palustri — Otto mesi fa, dissenteria e dolori intensi che dall'arcata costale destra s'irradiavano a tutto il dorso e alla spalla dello stesso lato: dispnea e sudori profusi. Dopo qualche mese il dolore divenne atroce e gli tratteneva il respiro. Segni: tosse dapprima stizzosa e senza escreato, poi con espettorato denso, color succo di prugne. Ebbe periodi di tregua, ma rimase sempre sofferente, e la tosse, con l'espettorato caratteristico, si riaccendeva senza cause apprezzabili. Alla osservazione, la regione epatica si presenta rialzata: escursione toraciche limitatissime, respiro bronchiale, rantoli crepitanti. L'ottusità comincia dalla 4<sup>a</sup> costola, sulla papillare e va a due dita trasverse sotto il bordo costale.

*Diagnosi* — Epatite suppurata della parte alta convessa. Comunicazione dell'ascesso coi bronchi. Dopo alcune punture esplorative, si ottiene del pus infiggendo l'ago tra la papillare e l'ascellare anteriore.

*Operazione*: Incisione verticale, dal bordo costale in alto, per 12 centimetri. Si resecano le prime due cartilagini costali, si incide il diaframma e si scopre il fegato non aderente. Si pratica una puntura con un robusto ago di Pravaz, che riesce negativa. Si va più in alto resecando la 8. e la 7. costola, si apre la pleura, si suturano i due foglietti e si recide il diaframma in alto. Si penetra con un lungo ago nel fegato obliquamente dal basso in alto, e dopo un percorso di 5 centimetri si ottiene del pus denso, oscuro, vi-

noso. Nel margine superiore dell'incisione si notano aderenze tra il fegato e il peritoneo diaframmatico. Si assicura con punti di sutura in basso l'addossamento completo del fegato al peritoneo diaframmatico. S'incide il tessuto epatico per 4 centim. Si ottengono 300 c.c. di pus denso. Drenaggio e zaffamento alla Mikulitz. Decorso ulteriore benigno. L'operato viene dimesso dopo due mesi, con un residuo di piaga da cui geme piccola quantità di pus. Dopo qualche tempo si ripresenta alla nostra osservazione completamente guarito.

### Osservazione V

30 aprile 1901 — Neglia Gaspare, 28 anni, contadino, da Castellammare del Golfo. Da bambino febbri palustri recidivanti. Funzione intestinale quasi sempre anormale: frequenti diarree alternate con periodi di costipazione. Nel giugno del 1900 si resero più manifesti i disturbi enterici con prevalente diarrea. Febbre a tipo intermittente anomalo che non si modifica all'azione dei chinacci.

In conseguenza di tali disturbi e della febbre, che mai cessarono, la sua salute restò molto deperita. Nel Marzo di quest'anno cominciò ad avvertire una pressione dolorosa alla regione epatica; anche la milza era dolente.

Alla nostra osservazione si presenta con tinta giallo-terrea, in uno stato di deperimento organico assai marcato. Tutto il torace corrispondente alla regione epatica è rialzato, l'ottusità comincia dalla terza costola e si estende in giù a 4 dita trasverso sotto l'arco costale; sulla linea xifoidea l'ottusità scende sino a 3 dita sopra lo ombelico, l'ottusità del fegato è rilevante anche nella regione ascellare ed indietro. Milza raddoppiata di volume, addome disteso per molti gas intestinali e dolenti. La febbre oscilla sino a 40° con brividi ripetuti e sudori.

*Diagnosi*: epatite suppurata della porzione alta convessa. Le punture esplorative fatte sotto l'arco costale riescono negative: ma dopo vari tentativi, infossando un ago dell'apparecchio Potain,

sull'incrocio della linea ascellare anteriore con la papillare trasversa, si ottiene 125 grammi di pus di color rosso vinoso, denso, con alcuni fiocchi bianchi. La febbre diminuisce, ma si riaccende dopo pochi giorni.

*Operazione* : Incisione obliqua che dalla 6<sup>a</sup> costola e dalla linea ascellare anteriore scende in basso all'arco costale. Si reseca la cartilagine della 9. costola e quindi l'8., 7. e 6. costola. Si apre e si reseca la pleura chiudendo subito con sutura le due lamine. Si scopre il fegato liscio, oscuro, senza ombra di aderenze. Si sutura diligentemente al peritoneo diaframmatico e parietale per tutta la vasta ferita e col bisturi acuminato s'incide largamente il fegato, ma per entrare nel cavo ascessuale bisogna dirigere la punta in alto e attraversare il tessuto epatico per cinque centimetri circa. Si ottengono 400 grammi di pus. Si penetra col dito in una grande cavità anfrattuosa, che viene drenata con due grossi tubi.

Lo stato generale migliora subito ; la febbre cade per non ritornare mai più ; nel giorno seguente e nei successivi si pratica il lavaggio antisettico. Il fegato si ritira e sporge due dita sotto l'arco costale e il drenaggio si obliqua sempre più in alto. Decorso ulteriore molto regolare, 35 giorni dopo, l'operato completamente rifatto in nutrizione, viene licenziato con un lungo tragitto fistoloso che segrega poco pus. Egli però ritorna dopo due mesi perchè la cicatrice non si è formata e la secrezione purulenta continua. Il tragitto esiste ma molto ristretto e penetrando con lo specillo si avverte una piccola cavità suppurante il di cui prodotto non trova facile uscita.

Si reseca un'altra costola in alto, si raschia leggermente col cucchiaio e si drena il piccolo focolaio. L'operato volle ritornare al suo paese, e fece in seguito sapere di essere completamente guarito.

#### Osservazione VI

3 dicembre 1901. — Gulotta Rosaria, di anni 40, da Campobello, sposata, 8 gravidanze. La malattia rimonta a 6 mesi addietro. Dimorò in luogo palustre e bevette acqua malsana. Seguirono



disturbi gasto enterici che degenerarono in dissenteria nel novembre ultimo, allora si pronunziò il dolore all'ipocondriò destro e la febbre che non è più cessata. Entrando all'ospedale è molto sofferente e cammina curvata in avanti pel dolore intenso all'addome e al torace destro. Fegato si estende oltre la linea trasversa ombelicale. Ottusità in alto sino alla 5<sup>a</sup> costola. Fluttuazione e pastosità evidente sotto l'arco costale, edema cutaneo.

*Diagnosi* : Ascesso epatico.

*Operazione* : Incisione verticale del bordo costale in giù lunga 7 centimetri. Aderenze peritoneali costituite. Si ottengono 800 c.c. di pus denso, inodore, di color rosso scuro. Col dito si lacera-no due sepiamenti che mettono in due grandi concamerazioni, l'una verso la porzione alta convessa del fegato, l'altra in basso e a sinistra verso l'ala piccola. Si applicano due tubi a drenaggio. Medicatura e lavaggio due giorni dopo. Decorso ulteriore benigno afebbrile, 18 giorni dopo, l'operata viene rimandata al proprio paese molto rifatta nello stato generale ; porta tuttavia un piccolo impiagamento che mette in un breve tragitto. Dopo altri 20 giorni fu totalmente guarita.

### Osservazione VII

6 marzo 1900. — Antonio Scibilia, di anni 47, da Alcamo. Infezione cronica palustre. Catarro gastro-duodenale, da circa un anno stitichezza e diarrea, alternantisi : da 4 mesi dolori acuti allo ipocondrio destro, febbre accessionale. Deperimento organico. Fegato ingrandito, sino a 4 dita trasverso sotto l'ipocondrio. Puntura esplorativa fra la 8. e la 9. cartilagine costale dà pus denso, caratteristico degli accessi epatici.

*Diagnosi* : Ascesso epatico.

*Operazione* : Incisione verticale, resezione di due cartilagini costali. Sutura del fegato alla parete addominale, si ottengono 300 grammi di pus sterile, drenaggio con garza iodofornica sostituito due giorni dopo con tubi elastici. Decorso normale : cede la febbre,

la nutrizione migliora. Dopo 18 giorni, viene licenziato, quasi guarito ed in ottimo stato.

### Osservazione VIII

10 ottobre 1898 — Pietro Pizzitola, d'anni 41, da Trapani, murifabbro. Trauma per caduta, alla regione epigastrica; dopo 30 giorni fegato ingrandito, alla regione ipocondriaca destra ed epigastrica, una intumescenza dolente alla pressione, cute edematosa, febbre, brividi ripetuti.

*Diagnosi*: Ascesso epatico dell'ala sinistra.

*Operazione*: Incisione trasversale. Uscita di circa 200 grammi di pus, aderenze ben solide preesistenti. Si drena il piccolo cavo con garza all'iodoformio. Guarigione dopo 20 giorni.

La Comunicazione del Dr. Turreta è seguita da una importante discussione, a cui prendono parte il Prof. G. Argento ed i Dottori Costa ed Impastato.

---

# INDICE

---

|                                                                                                                    |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Ritratto del Grand'Uff. Dott. Antonino Turreta<br>(fuori testo)                                                    |          |
| Prefazione                                                                                                         |          |
| Cenni biografici (dalla Encyclopédie Contemporaine<br>de Paris - 1910) . . . . .                                   | pag. VII |
| Lettera del Sindaco della Città di Trapani del 16 Ago-<br>sto 1918 . . . . .                                       | » XI     |
| Lettera del Senatore Prof. Francesco Durante . . . .                                                               | » XIII   |
| Lettera del Grand'Uff. Prof. Liborio Giuffrè . . . .                                                               | » XV     |
| Ricordo marmoreo murato nella sala del Rettorato del-<br>la Provincia di Trapani (fuori testo)                     |          |
| Carie torpida del mascellare inferiore e resezione arti-<br>colare di quest'ultimo . . . . .                       | pag. I   |
| Ciste dermoide dell'ovaio apertasi per suppurazio-<br>ne nella parete addominale . . . . .                         | » 13     |
| Sulla guarigione spontanea di un cistoma dell'ovaia,<br>Autopsia (con tavola illustrativa fuori testo) . . .       | » 27     |
| Su di un caso di spina bifida guarita con la legatura ela-<br>stica e sui metodi di cura di tale infermità . . . . | » 37     |
| La Cossalgia e la resezione coxofomorale (con tavola<br>illustrativa fuori testo) . . . . .                        | » 53     |
| Ematometra per atresia alta della vagina . . . . .                                                                 | » 57     |
| Due casi di salpingectomia (con tavole illustrative fuori<br>testo) . . . . .                                      | » 89     |
| Sul trattamento degli ematomi pelvici intraperitoneali<br>colla laparatomia . . . . .                              | » 113    |
| Splenectomia per milza mobile ipertrofica . . . . .                                                                | » 123    |
| Di alcune laparatomie . . . . .                                                                                    | » 133    |
| Un caso di tetania in seguito ad estirpazione parziale                                                             |          |

|                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| di gozzo . . . . . »                                                                             | 173 |
| Sul drenaggio vertebrale del male di Pott . . . . . »                                            | 183 |
| Storia di cinque laparatomie . . . . . »                                                         | 189 |
| Contributo di chirurgia addominale . . . . . «                                                   | 215 |
| Ferita di punta e taglio e ferita da rivoltella . . . . . »                                      | 287 |
| Estirpazione totale della vescica . . . . . »                                                    | 297 |
| Cura delle retroposizioni della matrice (con quadri illustr.) »                                  | 309 |
| Sul trattamento chirurgico degli ascessi epatici e delle<br>cisti idatidi del fegato . . . . . » | 331 |

---

