

## **Nuovi saggi di chirurgia addominale / pel dott. Antonino d'Antona.**

### **Contributors**

Antona, Antonino d'  
Royal College of Surgeons of England

### **Publication/Creation**

Napoli : Enrico Detken, 1886 [i.e. 1887]

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/ygqxd2fd>

### **Provider**

Royal College of Surgeons

### **License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

**wellcome  
collection**

Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

X

11.

NUOVI SAGGI

DI

CHIRURGIA ADDOMINALE

PEL

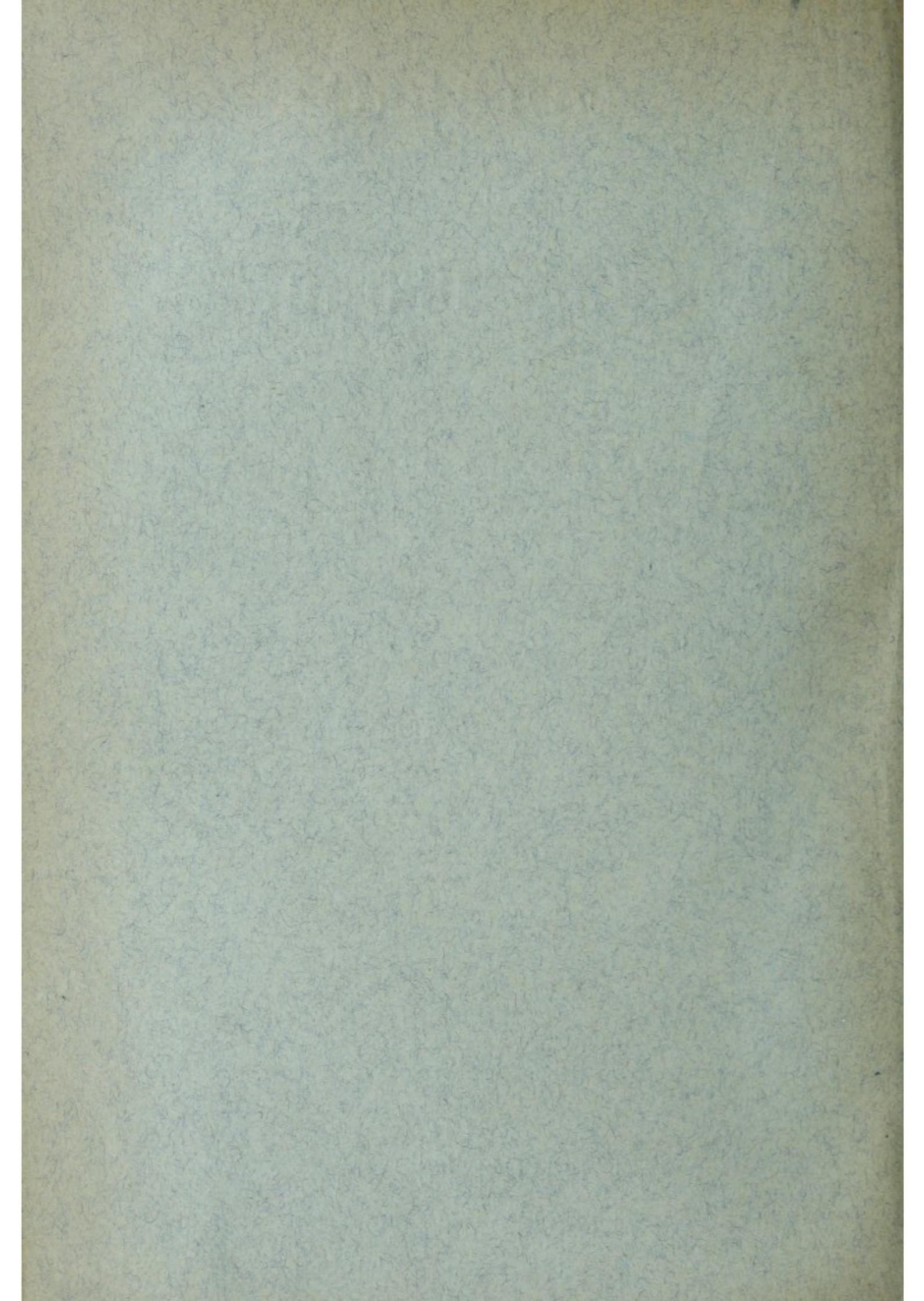
**Dott. ANTONINO D' ANTONA**

Professore Ordinario di Chirurgia nella R. Università di Napoli.

(Estratto dal *Giornale internazionale delle Scienze Mediche*).



NAPOLI  
ENRICO DETKEN LIBRAIO-EDITORE  
Piazza del Plebiscito  
1887



NUOVI SAGGI

DI

CHIRURGIA ADDOMINALE

PEL

**Dott. ANTONINO D' ANTONA**

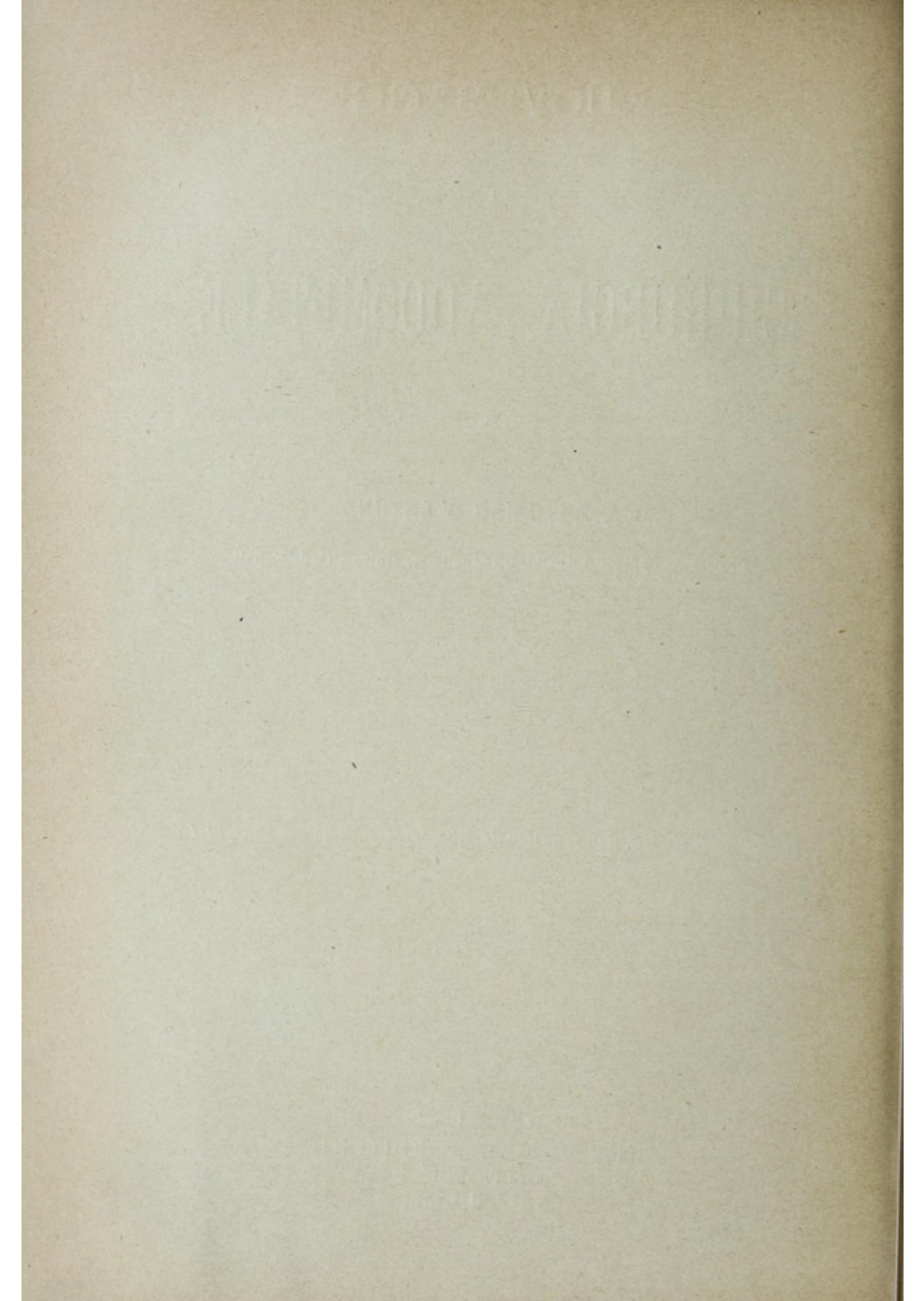
Professore Ordinario di Chirurgia nella R. Università di Napoli

---

*Estratto dal Giornale Internazionale delle Scienze Mediche—Anno VIII*

---

**NAPOLI**  
ENRICO DETKEN EDITORE  
Piazza Plebiscito  
**1886**

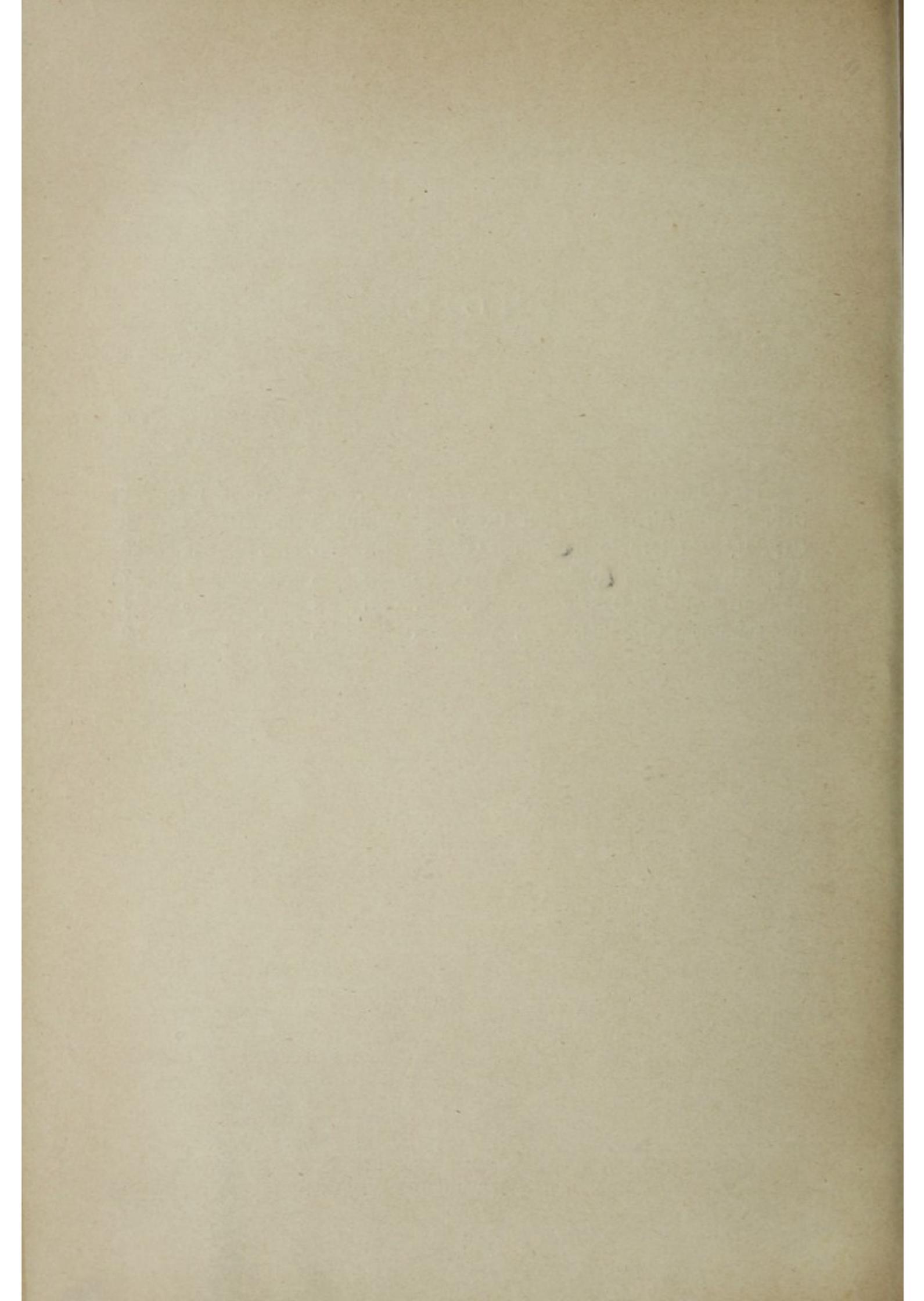


## INDICE

---

INTRODUZIONE. . . . .	pag.	2
CAP. I. — Estirpazione dell' Utero per vagina. . . . .	»	6
CAP. II. — Isterectomie sopravaginali. . . . .	»	20
CAP. III. — Ovariotomie. . . . .	»	27
Sarcomi dell' Ovario. . . . .	»	54
Tumori peritoneali. . . . .	»	59

---



---

Dopo il resoconto della seconda serie di laparotomie da me dato colla memoria dal titolo: Saggi di Chirurgia Addominale del dicembre 1883, io personalmente non ho fatto alcuna altra pubblicazione sul proposito. Alcuni miei discepoli e visitatori hanno però pubblicato qualche caso per conto loro. — Adesso, che siamo alla fine del 1885, mi decido a pubblicare i risultati della mia pratica di due anni circa. Benvero è a riflettere che, per quasi quattro mesi a causa del flagello colerico del 1884, di Napoli e di quello di Sicilia di questo anno, la mia casa è stata per parecchi mesi chiusa.

In questa prima pubblicazione saranno riferiti i casi di laparotomie eseguite per lo più nella mia casa di salute e qualcuna in famiglia privata.

Seguirà a questa un secondo resoconto di diverse importanti osservazioni; e di quelle specialmente della Clinica Propedeutica. Fra gli operatori figureranno i nomi di alcuni ajuti e dottori.

Io sono pel principio d'una giusta partecipazione degli ajuti e dei dottori alle operazioni — partecipazione dispensata con giudizio e grande prudenza. Così credo ne venga il bene di tutti. Non dirò dell'immenso bene della scuola, bensì di quello degl'infermi stessi.

Quando l'ajuto è chiamato in compartecipazione agli utili del lavoro, s'appassiona di noi, del lavoro e del suo operato, ed in molte congiunture egli, colla passione e la giovanile energia, riesce a fare meglio di noi altri inoltrati, e spesso annojati della pratica.

E se una scuola non ha l'alto e lusinghiero ideale di fare realmente dei Professori od almeno buoni dottori, quale altro potrà legittimamente avere? In tutto questo infine vi ha l'alta soddisfazione del maestro. Nessuna maggiore soddisfazione ho avuto mai al di sopra di quella venutami dalla coscienza di voler bene i miei giovani, e d'aver fatto per la loro istruzione quello che ho potuto, e d'esserne controcambiato col solo affetto e rispetto.

Per la scuola io non dispongo di molti letti — Ho dieci letti per donne, mantenuti dal bilancio del Ministero della P. Istruzione, e dieci per uomini concessimi dalla benemerita Amministrazione di Gesù e Maria. Il mio ospedaletto comprende anch'esso dieci stanze per altri dieci letti; e l'ho ridotto quasi una dipendenza della Clinica Propedeutica. Non avendo a Gesù e Maria locali opportuni, tutte le laparotomie di ricchi e poveri (nella proporzione di 1 a 10 sono eseguite nella mia casa di salute, ed i giovani di 6° anno, o dottori vengono per sei od otto per volta invitati ad assistervi, non per curiosare, ma per apprendere, e specialmente guardare con quale religiosa scrupolosità si pratica l'antisepsis.

Ed a questo proposito voglio qui dire di alcune modificazioni, che da parecchio tempo ho introdotto nella mia antica e già nota pratica dell'antisepsis, e delle quali io sono oltre ogni dire soddisfatto.

Io tengo ancora all'uso dello Spray. Quando ho dinnanzi a me una superficie o soluzione di continuo piana, regolare, che posso facilmente bagnare ed irrigare di continuo con soluzioni antisettiche, io non ho alcun'altra cosa di meglio a desiderare, e faccio a meno dello Spray.

Nelle operazioni in vagina, (compresa l'apertura del peritoneo pelvico) nell'estirpazione di tumori superficiali, o di ascessi, che posso ampiamente allargare, e lavare, io ho più fede, come s'intende, alle lavande ed iniezioni, per mezzo delle quali il liquido antisettico può venire portato in più immediato, e più duraturo contatto colle superficie dei tessuti ed infiltrarli pure, anzichè alla polverizzazione di quello stesso liquido per mezzo dello Spray. Ma operando nella cavità peritoneale, nella pleurale, o articolare, nelle vaste ed irregolari cavità suppuranti, ecc. ecc. non potendo al certo far pervenire là un getto di liquido antisettico per bagnare tutta la superficie di quella cavità, e penetrare in tutte le sue anfrattuosità, io non veggo migliore via per riuscire a quello scopo che quella dello Spray.

Del resto dopo quello che ho scritto nei miei primi Saggi di Chirurgia Addominale sullo Spray, ho poco qui ad aggiungere.

Son due anni circa che ho introdotto l'uso del sublimato nelle mie operazioni e medicature; e salvo il caso dello Spray, o di qualche altra eccezionale circostanza in tutto il resto della mia pratica mi servo del sublimato. Anche sulle superficie sanguinanti, o con abbondante prodotto purulento faccio uso delle soluzioni acquose di sublimato. È vero che in quei casi esso combinandosi rapidamente colle sostanze albuminoidi, e precipitandosi sotto forma d'albuminato si rende in parte inerte; ma basta quella poca quantità, che può restare fuori quella combinazione, ed è sufficiente il contatto di brevissima durata, perchè gli effetti sieno meravigliosi, e superiori all'acido fenico.

Le prove ed esperienze comparative fatte dapprima da Kock sull'efficacia dell'acido fenico, e del sublimato sul bacillo, e spore dell'antrace, e confermate da tutti gli altri sperimentatori, non ammettono più discussione sul proposito.

Con una soluzione al 5‰ d'acido fenico occorrono 48 ore, e con una al 3‰ ben sette giorni per uccidere le spore dell'antrace; ed

è sufficiente la soluzione del 1‰, perchè in due minuti sieno annientati i bacilli dell'antrace.\*

Ebbene basta una soluzione di 1:5000 di sublimato, perchè in pochi secondi sia annientata ogni vitalità nelle spore; e con 1:330000, ed anche con 1.1600000 si riesce ad arrestare ogni sviluppo del bacillo.

Chi non intende adesso che con tutta la precipitazione in albuminati basta che ne rimanga una picciola porzione non combinata, e che venga in contatto coi microrganismi, perchè il sublimato riesca nella sua azione energico?

L'esperienze di tutti i Clinici poi sono tutte concordi su questo riguardo; ed io dacchè ho introdotto l'uso del sublimato, posso dire d'aver osservato casi di un decorso così tipicamente asettico, come forse mai, o assai raramente m'era accaduto coll'acido fenico. Quando s'opera e si medica col sublimato i tentativi di cultura del micrococco purulento, settico o altro riescono spessissimo infruttuosi. Ho potuto immergere in gelatina di cultura fili di cucitura ritirati al 6° e 7° giorno dalla ferita, e li ho visto per lungo tempo perfettamente immutati e senza alcun segno di sviluppo parassitario qualsiasi.

Altra pratica sana, alla quale devo molta parte dei miei successi specialmente nelle laparotomie, è quella che riguarda la disinfezione degli strumenti, e mezzi principali di medicatura. I miei strumenti posti in appositi recipienti di cristallo vengono posti in una cassa metallica, chiusa ermeticamente coll'arena; e questa cassa messa in apposita stufa alla temperatura di 180 a 200 per qualche ora, e per due o tre volte successive in differenti giorni, viene trasportata in quella guisa chiusa nella sala d'operazione o altrove. L'assistente a ciò deputato, aprendo la cassa in ambiente puro, prende quel recipiente di cristallo contenente gli strumenti occorrevoli, e li passa nella vasca colla soluzione al sublimato per essere pronti all'operatore.

È con questa scrupolosa pratica di nettezza e disinfezione che, dal dicembre 1884, quando, terminata l'epidemia colerica, la mia casa fu riaperta sino a questo novembre 1885, ho eseguito n.° 19 laparotomie — e cioè:

N. 9. *Ovariectomie semplici e doppie per cisti e cistomi.*

I. Signorina Ruccioni Giulia da Marsala.

II. Signora Caligiuri Mariannina da Catanzaro.

III. « De Martino Silvia da Giugliano.

IV. « Cristina Orange da Celso-Pollica (Salerno).

V. « Raffaella Scerba da Catanzaro.

VI. Signorina Di Giacomo Giovannina da Napoli (Hotel Vesuvio).

VII. « Maria Migliardi da Napoli.

VIII. « Rosina Schiattarella da Napoli.

VIII. « Ernestina Bruschini domiciliata ad Avellino.

N. 1. *Isterectomia sopra vaginale.* Tutte guarite.

Signorina Maria Rosa Palmieri da Rieti. (Guarigione).

N. 1. *Doppia Ovariectomia per doppio e voluminoso sarcoma Ovarico.*

Signorina Giuseppina de Falco da Fisciano (Salerno). Guarita.

N. 1. *Tumore cistico del peritoneo parietale peri-ombelicale.*  
Mariannina Giacca (della casa dell' Annunziata di Napoli), Guarigione.

N. 1. *Sarcoma Alveolare del grande omento con enorme idrope-ascite.* Signora Carolina det Duchi di Cirella—Napoli Guarita.

N. 3. *Estirpazioni totali dell'utero per vagina per cancro.*

I. Sig.<sup>a</sup> Luisa Dainotti da Ravanusa (Sicilia).

II. » Luisa Tammaro da Napoli.

III. » Orsola Ciancia da Rocca Piemonte.

Tutte e tre guarite, ma in tutte e tre riproduzione dentro sei mesi.

Due vivono ancora (1 e 3), l'altra (2) morì.

N. 3. *Nefrectomie 2 per Piolonefrite suppurativa; 1 per idro-nefrosi.*

I. Sig.<sup>r</sup> Girolamo Grisolia da Amendolara (Guarito).

II. Sig.<sup>r</sup> Francesco Tricarico da Spezzano (morto).

III. Sig.<sup>ra</sup> Emilia Marzano da Napoli.

## CAP. I.

### L' ESTIRPAZIONE DELL' UTERO PER VAGINA.

#### Indicazioni

Comincio dai casi d' isteroctomia vaginale, e innanzi tutto di alcune quistioni riguardanti l'argomento.

La questione della curabilità radicale del cancro è vecchia; e per essa non fu mai pronunciata l'ultima parola. Risorge sempre ad ogni epoca, che segna un gran progresso scientifico, e perciò ridiviene di quando in quando una viva e moderna attualità scientifica. Oggi coll'estirpazione totale dell'utero canceroso per vagina la quistione è ritornata in campo viva ed interessante più che mai. Non è fuori luogo quindi che io dopo la propria sperienza dica qualche cosa sul proposito.

Ed in prima mi piace far notare, come ogni chirurgo coscienzioso, quando viene a considerare i risultati della sua pratica e personale esperienza sull'efficacia reale delle sue operazioni per la cura definitiva del cancro, finisce per divenire diffidente o del tutto scettico del suo potere.

A quell'entusiasmo che ogni giovane chirurgo suole portare dalla convinzione scientifica che il cancro, essendo un processo locale, debba essere sempre sotto il dominio dell'arte, subentra presto o tardi lo scoraggiamento, e si diviene ripugnanti a curare di quegli infelici affetti da cancro.

La persuasione che ciascuno coll'esperienza acquista di vedere cioè presto o tardi rinascere il male senza speranza di guarigione definitiva mai, toglie ogni ideale alle gravi operazioni, e fiacca ogni ardimentosa iniziativa.

Io personalmente non avrei ragione a dover parlar così. E di vero, avendo eseguito quattro estirpazioni totali per vagina, e visto con soddisfazione guarire tutte e quattro, dovrei inneggiare ad una tale clas-

sica operazione, e scrivere pel suo maggiore credito tra i giovani chirurghi. Tutt'altro: mettendo da banda ogni considerazione di soddisfazione personale, e guardando solo con coscienza, come è dover nostro, al risultato e conseguenze ultime pel bene delle mie operate, io non sono, non posso, non debbo esser soddisfatto delle mie operazioni seguite da guarigione. Imperocchè salvo la prima operata (storia pubblicata nella mia memoria: *Saggi di Chirurgia Addominale*), nella quale trattavasi di sarcoma dell'utero, in tutte le altre tre operate per cancro la riproduzione avvenne dentro sei mesi, — come si vedrà dalle storie che infine riferirò. Da esse mi è parso poter dedurre con buone ragioni, che se le mie tre inferme invece d'essere operate colla pretensione d'una cura radicale, fossero state trattate con cure più miti, o solamente igieniche, forse sarebbero durate più a lungo in vita! Riferirò al proposito due brevi storie di due cancri curati meno attivamente, e senza il rischio di grave operazione; ed esse serviranno a stabilire un'umiliante paragone coi risultati finali delle mie estirpazioni totali!

Accade d'ordinario, ed è naturale che sia così, che un'operatore facendo più volte una operazione, ed acquistando con ciò maggiore pratica tecnica e migliore conoscenza della cosa, diviene sempre più coraggioso, ed intraprendente sullo stesso terreno; di guisachè il numero dei casi che al suo apprezzamento ei suole dichiarare inoperabili, si va riducendo sempre dippiù col suo progressivo esercizio. Precisamente il contrario ha luogo, o per lo meno a me è avvenuto, quando il tumore, che io devo estirpare, si chiama *cancro*. E dichiaro che io oggi non opererei (come nel fatto non ne ho più operato) quegli stessi tre casi, che operai già con tanto successo operativo; ed è per questo che il numero dei casi, nei quali io riconosco per legittimata la estirpazione totale s'è ristretto assai nel mio giudizio più di quello che diggià era.

Queste sono da qualche tempo le mie convinzioni, e chi vuol leggere i resoconti del Congresso dei Chirurghi tenuto a Roma nell'Aprile 1882, rileverà che io, *senza volerlo*, fui portato a levar alto la mia voce a proposito di certe dottrine e massime di pratica chirurgica, che non mi sembrarono mai giuste.

Quando in quel Congresso vidi sorgere un distintissimo ed onesto giovane chirurgo per esporre le storie di 14 casi d'estirpazione totale per vagina, sette dei quali seguiti da morte, degli altri alcuni con riproduzione entro pochi mesi, ed altri con fistola vescico-vaginale, od ureterovaginale, e solo di una sola operata potere dire di durarla ancora bene dopo appena 10 mesi dalla data dell'operazione; e sentii quel chirurgo lodarsi di quei risultati, ed altri poi sorgere per aggiungere il suo plauso a quella pratica, io mi sconcertai, e stupito domandai a me stesso se noi nell'entusiasmo appassionato per l'arte nostra non abberriamo bene spesso dal senso altamente scientifico e perciò morale.

Mi pare che oggi, (e non è la prima volta che lo dichiaro) da una certa scuola, e di Germania specialmente, s'abusa dello alto prestigio, che la scienza ha saputo guadagnarsi nell'animo dei popoli civili, e si fanno operazioni mirando più al vanto di farle anzicchè a quello di rendersi realmente utile ai propri infermi; e difatti si leggono ogni giorno statistiche di operazioni per cancro senza che

gli autori mostrino d'occuparsi minimamente dell'utilità finale ottenuta alle loro operate.

Non è così ch'io intendo il progresso scientifico. Esso dee significare bene ed utile all'umanità e non altrimenti.

Fritsch Prof. di Breslau fa pubblicare (*Arch. für Gynäkol* 1885), a proposito d'una sua modifica al metodo vaginale, diciannove storie d'operazioni seguite da risultati assai mediocri, come risultati operativi, ed ei non dice, nè fa dire alcuna parola dei risultati ultimi delle sue operazioni. Ei parla delle morti immediate, di quelle andate via con fistola ureterica, o vescicale, ecc., ma avrebbe dovuto dirci quante di quelle, che egli ha mandato via dall'ospedale, come guarite, sono ritornate o ricadute dentro sei mesi nello stesso stato di prima o peggio!

Si dev'esser sorpresi nel sentire alcuni operatori, i quali non indietreggiano, anche quando l'infiltrazione s'estende ad uno degli ureteri, e alla parete della vescica, confortandosi coll'idea di potere cucire la vescica, od estirpare il rognone per prevenire o curare la fistola ureterica.

Mi pare di sentire il rumore delle voci di quei giovani operatori, che queste mie parole possono toccare—Gridino, e m'accusino pure di regresso, non gliene vorrò male per questo. Per parte mia non posso non difendere quella che mi sembra una verità sacra quanto sacro è il bene del proprio simile; — e mi piace discutere quella verità.

Mi si dica di grazia: dei chirurghi che possono avere eseguite a centinaia amputazioni mammarie, quale è quegli, che può contare molti casi di guarigione duratura o definitiva? E sì che nella mammella, circoscritta e limitata com'è da una propria aponevrosi, i tessuti perimammarii e sottocutanei specialmente non stanno con essa in quell'intima connessione, che passa tra i tessuti parametrici col parenchima dell'utero — è appunto in corrispondenza dell'istmo dell'utero (parti laterali) dove i vasi e nervi, accompagnati da connettivo, penetrano direttamente le carni dell'utero.

La mammella giace in guisa che i snoi dintorni, se invasi od infiltrati, possono agevolmente essere ricercati, e riconoscersi le più iniziali diffusioni dal processo; e dopo tutto noi qui s'è abbastanza liberi di estendere i nostri tagli molto di là di quello che potrebbe giudicarsi necessario.

Nell'utero le condizioni sono diametralmente opposte. E divero facile e precoce è la diffusione — basterebbero a dimostrarla le ricerche del compianto Colomiatti sull'infiltrazione a distanza e precoce d'elementi epiteliali lungo il nevrilemma dei nervi lombo-sacrali.

Ad ogni chirurgo è accaduto d'osservare una mammella con infiltrazione non bene qualificata; oppure osservare nel contempo una caratteristica infiltrazione delle glandole ascellari corrispondenti, ed essere così nel caso di potere definire la prima traendo solo argomento dalla natura della seconda. Queste favorevoli condizioni diagnostiche mancano spessissimo nell'utero.

In esso, difficoltà grandissima, anzi impossibilità a potere scovire quelle subdole infiltrazioni; e per sopraggiunta limitazione assoluta del terreno, oltre il quale al chirurgo non è permesso andare colla sua escisione.

Come dalle mie parole si può intendere, io non riconosco per giustificato, e non ammetto in alcun modo che si proceda all'asportazione uterina anche quando, come alcuni sostengono, la infiltrazione dovesse estendersi alla vescica, o all'uretere, o retto, e l'operatore intenda rimediarsi colla cucitura consecutiva di quegli organi, coll'asportazione del rene per prevenire la fistola uretero-vaginale. Se nei casi nei quali il chirurgo ha tutte le ragioni per giudicare il male limitato all'utero, e di potere portare i suoi tagli molto di là dei suoi limiti apparenti, e non pertanto il male si riproduce, perchè precocemente infiltrato, immaginiamo poi questo fatto con quale fatalità debba avvenire, quando la diffusione è così cospicua da potere essere rilevata dal dito esploratore. Operare in questo caso m'è sembrato sempre un'ingiustificabile ardimento. Mi piace concludere su questa quistione col riassumere la lettera scritta da Billroth a Spencer Wells, e da questo pubblicata. Billroth dopo aver riferito di 27 estirpazioni totali dell'utero, dice specialmente di due nelle quali il male sembrava limitato e l'operatore ebbe la coscienza d'essere andato col suo taglio molto di là dei limiti apparenti del neoplasma; ma non per questo la riproduzione in quei due casi venne meno che negli altri. Allora, dice Billroth, se è così, cosa vale, e a che giova qui la nostra scienza, o l'arte nostra?

Considerata così la quistione senza illusioni o entusiasmo fuori proposito, noi pensiamo, che il chirurgo debba essere assai riservato e prudente nel trovare la indicazione per un'estirpazione totale, e se non rifiutarla in ogni caso, come dalle statistiche parrebbe dover essere, per lo meno limitarla a casi eccezionali, quando cioè la lesione è incipiente o meglio se così superficiale sulla mucosa del collo o del canale cervicale, che il chirurgo ha tutti i dati per giudicare liberi d'infiltrazione gli strati profondi delle carni dell'utero e specialmente del parametrio e tutti i tessuti peri-uterini.

Naturalmente il cancro essendo in origine un morbo locale e limitato ha un periodo, nel quale realmente la asportazione può essere totale e con molte speranze di guarigione radicale — ma è assai breve la durata di quello stadio, e poche volte si può sorprendere, poichè le inferme ricorrono a noi quando il male ha fatto molti passi.

Gli operatori ad ogni costo anche qui non indietreggiano; e dicono, se non altro noi si riesce a mutar la forma assai commisevole di morte — Ora interrogate, io dico, le inferme o i loro parenti, se permettono, che voi intraprendiate una formidabile operazione con pericolo di morte immediata, con speranza nessuna o quasi di guarigione definitiva, ma col solo obbietto assai dubbio ed equivoco di cambiar la forma di morte, che infine dei conti talvolta è in peggio, tal'altra più precoce, e vi persuaderete, che nessuno v' autorizzerà a procedere.

Per dimostrare quanto valga la prudenza, e come talvolta colle nostre asportazioni dell'utero non facciamo che abbreviare la vita delle inferme senza punto cambiare la forma di morte, come alcuni operatori per confortarsi vorrebbero far credere, dirò di due mie osservazioni, che hanno pesato assai sull'animo mio, e sulle mie convinzioni scientifiche.

La signora Maria Lauricella nata di Lorenzo d'anni 40, da Teranova di Sicilia, nel 1881 mi venne diretta per un cancro uterino.

La signora era molestata dalle ricorrenti emorragie, e da scolo abbondante e puzzolente. Tumore molle in parte papillare ulcerato e sanguinante del collo uterino; e specialmente del labbro posteriore — si riconosce e si penetra nel canale cervicale — la massa del tumore nel suo assieme è grosso come due grosse castagne riunite insieme, la base s' estende su tutta la porzione intravaginale, ma i fornici sono liberi, come pure i tessuti attorno e parametrii. Il marito e la paziente consci del grave male vennero decisi per tentar tutto, e mi invogliarono a procedere all'estirpazione totale.

Io mi rifiutai e decisamente, perchè la massa del collo ingrossato riempiva così il canale vaginale, che non era possibile scovire bene il fornice posteriore, e la trazione sul tumore non era possibile. Intanto la signora perdeva sangue molto, e giornalmente.

Costretto ad intervenire in un modo qualunque, assistito dal compianto amico carissimo dottor Vittorelli con un écraseur asporto la massa intravaginale sino all'inserzione della vagina, poi cauterizzo il fondo col termo-cauterio, e medico nei giorni consecutivi con una soluzione al 5 0/0 di bromo. Distaccata l'escara, col fondo della lesione ancora granulante rimando la paziente, (mia compaesana) al suo paese; ed il marito, già prevenuto della immancabile e prossima riproduzione del male, parte contento almeno di vedere il sangue cessato, ed anche quel prodotto cattivo. Avveniva questo fatto nel febbraio 1882. Quale non fu la mia sorpresa, quando io, andando nel settembre (1885) ultimo nel mio paese natio (Riesi), appresi, che la signora dimorante a Terranova godeva perfetta salute sino al punto da darsi pensiero a mandare da me un suo figliuolo affetto d'ernia inguinale, ma senza parlarli di alcuna sua sofferenza.

Debbo aggiungere, che il tumore fu da me osservato e studiato specialmente allora, che mi occupava assai dello studio istologico dei tumori. Era una forma tipica d'epitelioma con molto sviluppo papillare, e quindi non sembrava glandolare.

Non dico che la signora sia adesso sana, ma sono scorsi quasi tre anni e mezzo vissuti benino. E se io l'avessi operata, anche a dovere uscire guarita dall'operazione, e non riportare conseguenze peggiori (fistole urinarie o stercoracee) ella avrebbe durato tanto? Dubito assai. Quanti chirurghi dopo molte estirpazioni per cancro possono contare quattro anni di vita delle loro operate?

La seconda osservazione è più interessante ancora.

La signora Teresa de Ritis da Chieti maritata al capitano di linea sig. Broglia ebbe tre figli. Nel maggio 1883 allattando il proprio figlio di 9 mesi le comparvero i mestruai, e si riprodusse un'antica leucorrea. Nel novembre visitata da Falaschi di Siena, fu diagnosticato un'ingrossamento del collo la cui natura non potè definirsi, e per tanto si consigliò d'aspettare. La signora andava male, e perciò nel marzo del 1884 fu attentamente visitata dal professore Chiara di Firenze, e fu diagnosticato un'epitelioma del collo, pel quale l'insigne professore le propose l'asportazione totale. Nell'aprile venne da me, e fu accolta nella mia casa. Signora di alta statura, di buona costituzione, ma un pò anemica, sui 55 anni — perde sangue ed ha leucorrea abbondante e di cattivo genere — il collo è trasformato in una massa informe, molle, e grossa da riempire il canale vaginale, — e da coprire i fornici, che non si possono

raggiungere, l'utero ingrossato, e risospinto in alto — appena si può riconoscere un'infossamento, che ricorda la bocca esterna.

Non ostante le *premuerosissime* insistenze del capitano, e della signora io mi rifiuto a procedere all'estirpazione totale e licenzio la inferma. Epperò spinto da mille pressioni riesamino la inferma col proposito di procedere all'operazione, ma dopo ripetute ricerche dirette, e per la via del retto, e della vescica mi decido assolutamente a rifiutare l'estirpazione — consento solamente a rimediare all'emorragia, ed allo scolo che s'erano resi molestissimi.

Il 19 aprile 84 procedo all'escisione di buona parte di quella massa intravaginale, e distruggo il resto col Paquelin. Le cose procedettero bene — cessò l'emorragia, ed anche lo scolo si modificò assai.

Il 14 maggio ripeto l'operazione, e questa volta collo scopo principalmente di sbarazzarmi il campo, potere meglio esaminare i fornici, e vedere infine, se così io poteva trovare ragioni a riammettere quell'operazione che avea rifiutato prima, cioè l'estirpazione totale.

A questa seconda operazione seguì un più notevole miglioramento; la superficie granulante susseguita alla separazione dell'escara era d'apparenza bella, comprendeva tutta la base della porzione intravaginale distrutta, e s'estendeva pel canale cervicale (porzione alta), nel quale si poteva penetrare un pò col dito. La signora si trovò così bene, si rifece così presto, che un bel mattino, mi venne incontro, e con viso allegro mi chiese, se davvero ella potea dirsi ancora malata, e se non era il caso d'andar via dall'ospedale; ed io fedele alle mie convinzioni consentii, che ai principii di Giugno la Signora si ritirasse in casa del marito ad Avellino, ove era di residenza.

Io era tenuto informato di tutto l'andamento della malattia, quando nel novembre 1884 la signora mi scrisse di esser gravida.

Nel dicembre del 1884 la signora venne da me a Napoli, ed io confermai la diagnosi di gravidanza al 5° mese. Il collo uterino era appena indurato, ed irregolare in corrispondenza ed ai dintorni del canal cervicale, quivi scorgevasi una superficie granulante, che nessuno avrebbe potuto giudicare epiteliale senza le notizie precedenti. Nell'aprile ultimo mi scrisse il capitano partecipandomi la nascita di un bel maschio, ed il ben'essere della signora, che tuttora (novembre 1885) allatta bene il suo bambino.

Ora domando: se io non avessi trovato ragioni per rifiutare l'operazione, ed avessi praticato l'esportazione totale, quale sarebbero state le possibili conseguenze? Ogni osservatore può valutarle da sé senza ch'io l'esamini ad una ad una.

Queste considerazioni che io ho fatto per l'estirpazione per vagina valgono maggiormente per quella alla Freund. Senza discussione quest'operazione è una grande creazione artistica, ed io il primo e solo qui in Napoli mi accinsi ad eseguirla nel 1881. L'utero era così grosso, che non era possibile pensare ad estrazione per vagina — L'esito fu infausto; e dopo l'esperienza propria e le statistiche degli altri operatori, difficilmente m'indurrei altra volta ad eseguirla. Anche i più arditi ed entusiasti operatori si sono ritratti dalla facilità, colla quale prima ricorrevano a quella formidabile

operazione; e pertinaci nel volere ad ogni costo portare una cura operativa al cancro dell'utero, l'hanno limitato a quei casi, nei quali il grande volume dell'utero e le sue abnormi aderenze rendono la sua discesa in basso impossibile, ed inattuabile il procedimento per la vagina. Questa mi sembra un'altra infelice indicazione per l'operazione alla Freund.

Il volume e le aderenze parametriche non devono valutarsi dal solo lato tecnico in quanto rendono tecnicamente difficile l'estirpazione per vagina; ma devono avere il valore d'una controindicazione operativa in quanto che quei fatti indicano un'estensione del male maggiore di quella che si vede, e si tocca, e di quella che si può dominare. Ora se si pondera la gravezza della Freund coi suoi risultati operativi infelici, e s'aggiunge, che nei rari casi di guarigione la riproduzione sarà pressochè fatale, si vedrà, che non vale la pena intraprendere una così funesta operazione per un male, che non si può nel caso in ispecie asportar tutto.

Il classico caso di Spencer Wells si può comprendere e perfettamente giustificare. Egli avendo a curare una gravida con cancro diffuso del collo, e pensando che colle lacerazioni inevitabili al collo nel momento del parto si sarebbero perduti madre e prodotto, pensò procedere all'apertura del ventre, all'estrazione del prodotto vivo, ed all'estirpazione totale dell'utero quasi alla Freund—La inferma guarì.

Altro è quando l'estirpazione dell'utero per vagina s' esegue per altre indicazioni. Martin ha operato tre donne così, perchè l'utero prolassato, ed impossibile a contenersi dava tanta molestia, talvolta emorragia, da rendere la donna affatto inadatta a qualsiasi lavoro. Non discuto sulla ragionevolezza di quell'indicazione, perchè il chirurgo talvolta è portato senza volerlo a certe operazioni, ma dico solo di non avere mai osservato un caso di prolasso nel quale realmente ho potuto vedervi un'indicazione ad una grave operazione, come quella dell'estirpazione totale. Benvero in quei casi l'operazione è più agevole, men pericolosa, e dà un risultato curativo radicale e definitivo.

Un'endometrite emorragica pertinace, ch'è stata ribelle a tutte le altre risorse chirurgiche, e che compromette la salute della inferma può far determinare il chirurgo a procedere all'estirpazione vaginale. Martin ha eseguita cinque volte quest'operazione per endometrite emorragica, con un caso di morte.

Ebbi occasione di osservare un singolarissimo caso d'esagerata retroflessione dell'utero con tali disturbi funzionali, nervosi e psichici, che a me parve giustificata l'indicazione dell'estirpazione, che fu d'altronde rifiutata per particolari ragioni dai parenti della signorina — Violenti accessi di ninfomania, vaginismo, accessi d'isteromania ricorrenti specialmente nei periodi mestruali. Ed il collega F. Ippolito medico curante fu costretto per anni fare tre volte al giorno il cateterismo, non potendo la signorina urinare volontariamente, nè levarsi da letto. Io non ne ebbi più alcuna notizia. Ma se vi può essere caso, nel quale l'estirpazione utero-ovarica è indicata, quello era appunto uno, tanto più che il corpo dell'utero era tanto retroflesso, e sceso giù da raggiungerlo a tre cent. di sopra l'osteo vulvo-vaginale, ed a due cent. di sopra lo sfintere esterno dell'ano.

*Tecnica dell'estirpazione dell'utero per vagina.*

Naturalmente non è mio oggetto discorrere qui di tutto quello, che s'è fatto sul proposito.

Tralascio altresì dal descrivere i processi per il fornice anteriore e capitombolo in avanti. Quasi tutti gli operatori oggi seguono la via del fornice posteriore secondo la pratica di Martin. E siccome tutti e quattro i casi miei sono stati operati secondo quest'ultimo metodo (oltre il precedente caso alla Freund), ed a me è parso potervi portare delle modificazioni utilissime suggeritemi dalla necessità e difficoltà tecniche; così, voglio esporre prima il metodo Martin, e dire poi delle mie modificazioni.

*Processo Martin*: posizione della pietra — cloroformio — forte depressione del perineo e parete posteriore vaginale col cucchiaio di Simon — collo uterino afferrato solidamente con forte pinza, e tratto giù contro la sinfisi pubica — incisione della vagina nel suo fornice posteriore venuto quasi a fior di vulva, ed incisa per buona estensione — apertura del peritoneo di Douglas — sutura a punti staccati trasversalmente diretti, e parallelamente al margine dell'incisione, coi quali il peritoneo viene stretto contro la parete vaginale corrispondente — consecutiva emostasia — dito indice sinistro introdotto nello spazio del Douglas, e poggiato contro la base del ligamento largo di sinistra — filo passato con un'ago fortemente ricurvo attraverso la parte alta del ligamento largo, entrando per la vagina sino al peritoneo, e poi da questo in fuori verso la vagina, riuscendo ad un cent° di sotto del forame d'entrata; dopo annodato questo punto si passa più giù un secondo filo ugualmente, e poi un terzo sino a ligare in due o tre porzioni tutta quella sezione di tessuto dei ligamenti larghi compresi o sostenuti dal dito introdotto nel Douglas — Si ripete lo stesso a dritta: indi dissecazione delle inserzioni vaginali ai lati del collo in corrispondenza delle ligature — dissecazione del fornice anteriore, vescica ed utero — capitombolo in dietro favorito dalle forti trazioni in basso e dalla doccia formata da un cucchiaio di Simon spinto fino nello spazio di Douglas, e dalle dita, che arrovesciano il corpo attraverso la ferita indietro, e fuori la vulva — ligatura a sezioni delle trombe e ligamenti rotondi — eventuale estirpazione delle ovaja — dissecazione delle rimanenti connessioni, caduta dell'utero. Anche a parte anteriore Martin talvolta cuce il peritoneo colla vagina come in dietro.

Dagli scritti di Martin e dalle relazioni di coloro, che hanno visto operare il gran Chirurgo berlinese si rileva la somma sua abilità.

Senza discutere sulla giustezza delle indicazioni di un'estirpazione totale, sulle quali io, come ho detto, non posso in tutto convenire con Martin, devo confessare, che il suo metodo è dei più ingegnosi, e comunque difficile in sè, pure è eseguito dal suo autore con rara abilità. Per renderlo più facile io ho escogitato delle modificazioni, che vado qui a riferire; — e che si possono rilevare e ben valutare conducendo l'esposizione del mio processo come ho fatto quello di Martin.

Posizione della pietra — cloroformio — disinfezione al sublimato — o all'acido fenico dal principio sino a termine della medicatura, — introduzione di un robusto, largo e corto cucchiaio per deprimere il perineo e vagina.

In un sol caso (pubblicato nei miei primi Saggi di Chirurgia del

1882) mi è riuscito afferrare solidamente il collo, e tirarlo giù a fior di vulva. Negli altri casi mancando del tutto il collo, o essendo sostituito da una massa molle friabile e grossa non ho potuto avere là un punto di forte presa. Martin che ha operato per prolasso, o per endometrite emorragica, o per infiltrazioni cancerigne incipienti ha trovato in ogni caso punto di presa sul collo. Nei miei tre casi dopo applicato il cucchiaino con una pinza applicata delicatamente ho spinto il collo in avanti, e propriamente dietro la sinfisi del pube per scovrire e spiegare il fornice posteriore profondamente rilasciato. In questa difficile posizione incido la sola parete vaginale per buona estensione dietro il collo — non mi è accaduto di dovere ligare alcun vase — nel centro di quella lunga incisione vaginale taglio ed apro limitatamente lo spazio del Douglas. Allargo la piccola apertura con uno strumento smusso fino ad introdurvi il dito e poi due — così per lacerazione agguaglio la ferita peritoneale, e connettivo annesso sino agli angoli della ferita vaginale. Senza procedere alla sutura circolare del peritoneo, e vagina, perchè col mio modo d'allungare la breccia del peritoneo e parametrio difficilmente ho sangue, e perchè nei miei tre casi colla ferita allogata giù profondamente nel canale vaginale mi sarebbe stata impossibile gittare punti di sutura, senza altro introduco l'indice sinistro più alto, che è possibile nel Douglas, ed abbracciando tutta la base dei ligamenti larghi spingo fortemente e dispiego il fornice laterale sinistro — dal punto dove in dietro corrisponde l'estremo del mio indice comincia un'incisione da interessare la sola parete vaginale, e prolungata sino a raggiungere l'angolo corrispondente dell'incisione del fornice posteriore, e che nell'atto operativo poggia sulla faccia palmare dell'indice sinistro, che sostiene la base dei ligamenti larghi e parete vaginale laterale. Questa incisione superficiale vaginale ha lo scopo di tracciare il solco, dove dovrà approfondarsi e fissarsi il filo della ligatura.

Da quella superficiale incisione non viene sangue, quindi lasciando il bisturi con un forte ago ricurvo di Cooper, armato di forte filo doppio, attraverso il ligamento largo, penetrando dall'angolo superiore della incisione vaginale sino a scontrare il polpastrello dell'indice, sulla faccia palmare del quale, continuando a fare scorrere l'ago, riesco a far sporgere il suo estremo crunato coll'anza del filo attraverso la grande breccia della vagina — stretto a semplice nodo chirurgico questo filo, passo a dritta introducendo l'indice dritto — passato ed annodato a semplice nodo questo secondo filo, torno al nodo sinistro, e stringendolo ancora lo annodo definitivamente. In dentro d'esso applico un forte klemmer, e qui disseco l'utero — si ripete lo stesso dal lato dritto,

Compiuta la dissezione dell'utero in dietro, ed ai lati della vagina sino alla porzione più bassa dei ligamenti larghi, l'organo discende con maggiore facilità, e mentre colla pinze lo si trae in giù il dito indice dritto, introdotto profondamente nel Douglas, cerca di raggiungere l'alto fondo, uncinarlo, e rovesciarlo fuori della vulva. Nel 2° mio caso, nel quale il collo intravaginale era distrutto, e non poteva fare molte trazioni, e l'utero ingrossato era molto molle in guisa tale da sfuggire sempre al mio dito, che cercava uncinarlo, non mi fu possibile compiere il capitombolo, e mi riuscì trasportare

l'intero organo quasi fuori la vulva, restando esso in direzione normale,

Compiuto il capitombolo passo alle doppie ligature della parte alta dei ligamenti larghi col ligamento rotondo, e tromba — Se cadono le ovaja, le comprendo nell'asportazione. Allora passo alla dissezione della inserzione vaginale in avanti, e della vescica coll' utero — dissezione delicata, che esige molta cura, e che col mio processo si può compiere con grande precisione, perchè tutto il campo operativo è fuori vulva, e quindi sottocchio.

Ciascun filo viene tagliato ad un capo lungo, che pende in vagina. Le anse intestinali, se procidenti, vengono ricondotte su, e sostenute. Osservato bene il campo operativo, ligato qualche punto sanguinante, cerco raccogliere insieme ed avvicinare tutte le margini e lembi peritoneali, e contro v' affondo una lunga striscia di garza e molta quantità di jodoformio. Quando quella piccola fenditura peritoneale è ridotta così, e chiusa da garza e jodoformio, allora introduco un grosso e rigido tubo a drenaggio, la cui ansa arriva fin immediatamente a toccare e quasi sostenere quel po' di garza di chiusura. Dopo di che tutto il canale vagina' e attorno del tubo viene imbottito colla stessa garza e jodoformio.

La prima e sostanziale differenza nel mio processo è il modo di ligare il ligamento largo. Martin fa fin tre ligature per ciascuna parte bassa del ligamento, e talvolta è costretto far descrivere all' ago come una cifra 8 nel parenchima di esso per prevenire lo scappamento della ligatura.

Sperimentando sul cadavere, esaminando, e studiando la ragione per la quale la ligatura tanto spesso sfuggiva, ho potuto persuadermi, che quando il filo, stringendo i ligamenti larghi, comprendeva la parete vaginale di ciascuno fornice, l'apertura superiore della vagina veniva ad essere ristretta di tanto quanto era l'estensione delle due porzioni vaginali laterali comprese, e strette tra i fili; e tutte le manovre per farsi spazio in corrispondenza precisamente dell' apertura superiore della vagina per compiermi il capitombolo riuscivano a distendere e stirare quelle due sezioni vaginali raggrinzate e strette nel nodo; e perciò queste finivano con quelle trazioni per sfuggire. Per evitare questo grave inconveniente, e lasciare quindi all'apertura vaginale superiore tutta l'ampiezza possibile, io incido la vagina, quindi prolungo l'incisione posteriore ai due lati sino ai limiti del fornice anteriore, ed in questo solco dell' incisione lascio approfondire il filo. Così riesco eziandio a diminuire la massa di tessuto compreso tra il filo, e con una sola ligatura riesco a comprendere quello che Martin fa con due e tre ligature.

Fritsch nel suo lavoro sopracitato oppone a Martin il fatto delle sue ligature in massa; ma colla mia ligatura esclusa la parete vaginale la massa si riduce ai vasi, nervi e connettivo, che li unisce.

Fritsch per ovviare a quello svantaggio rilevato da lui, comincia addirittura l'operazione col disseccare il fornice laterale, tagliare il corrispondente parametrio, e quindi nettamente recide i vasi uterini per ligarli isolatamente. Infelice modificazione, e per convincersi basta leggere il resoconto delle sue operazioni! Molte volte ha avuto formidabili emorragie, ed ha stentato a dominarle! ed Herff, che lo ha voluto seguire, nel suo solo caso pubblicato nello:

Archiv. für Gynäkologie B. XXVI—Heft II, ha potuto appena espletare l'operazione in due ore e mezzo!

Io in quattro operazioni, e quindi avendo ligati otto ligamenti larghi posso dire non aver visto una goccia di sangue dal lato di quelle ligature.

La seconda differenza nel mio modo di procedere riguarda il modo come abbandono le pareti vaginali, e quelle peritoneali. Martin li cuce insieme circolarmente, in modo da costituire un canale quasi continuo tra il pavimento del peritoneo pelvico e canale vaginale — occorrono da 9 ad 11 punti di sutura.

Or quando l'utero non può discendere a fior di vulva, non è facile gittare quei punti, e dopo tutto si perde un tempo prezioso. Ma infine dei conti perchè questi punti? Per l'emostasia? Ma qualche punto sanguinante si può più sicuramente assicurare con ligature isolate.

Per chiudere la ferita del parametrio? Ma si lascia invece largamente aperta la cavità peritoneale, e comunicante colla vagina. Io invece, compiuta l'emostasia e la toilette disinfettante, raccolgo i lembi peritoneali, li avvicino e coll'appoggio di un tampone di garza li mantengo uniti, ed essi, che chiudono così il cavo peritoneale, si saldano sollecitamente insieme; come i lembi congiuntivali, che dopo asportato il globo oculare, ravvicinati, sequestrano la ferita dall'ambiente esterno.

Le ferite dei parametrii delle sezioni laterali ligate sono di ben poca estensione, e sono quasi separate dal cavo peritoneale; e se per caso qualche ferita od offesa della vescica, od uretere avrà potuto sfuggire all'occhio dell'operatore, e dare poi fuoriuscita d'urina, questa col mio modo di medicatura non può venire mai nella piccola pelvi in contatto col peritoneo.

Ora viene la breve narrazione delle tre osservazioni di questo anno. La prima estirpazione fu eseguita nel 1883 per sarcoma dell'utero, operato la prima volta da altri, e la seconda volta da me per cancro uterino. La Signora Brizzi vive ancora bene a Rieti (Romagne) — E la sua storia fu brevemente riportata nei miei primi *Saggi di Chirurgia Addominale* del 1883.

*Osservazione II.* (La I<sup>a</sup> Oss. fu già pubblicata).

Luisa Costanzo Dainotti dei furono Calogero e Maria Caruso, da Ravanusa (Sicilia), di 35 anni, con nove figli, l'ultimo di 9 mesi.— Durante l'ultima gravidanza frequente scolo sanguigno, spesso guasto e puzzolente, dai genitali. Dopo il parto compiutosi bene, quel prodotto andò sempre più aumentando, e d'allora cominciarono dolori lancinanti nel basso ventre ed irradiantisi al sacro e cosce.

La signora è denutrita assai ed anemica; nessuno ingorgo agli inguini e fosse iliache. Muso di tinca distrutto, un piccolo lembo ricorda appena il carello posteriore; il canale cervicale largo d'ammettere bene il dito, e le sue pareti indurite, irregolari, bernoccolute ed ulcerate, al minimo tocco sanguinano. Utero non ingrossato gran fatto e mobile; parametrii perciò sani.

Dopo le opportune preparazioni il 4 dicembre 1884 assistito dai miei aiuti ordinari e dai professori Cotronei e Iennaco procedei all'operazione. Essa fu condotta secondo il mio metodo su esposto; nessuno incidente degno di nota. Solo il lavoro pel capitombolo fu laboriosissimo, e per riuscirvi dovetti ricorrere ad altri espedienti.

Essendo il collo del tutto distrutto, mi mancava assolutamente ogni punto di presa; e se io avessi voluto cucire il fornice posteriore alla Martin non l'avrei potuto. Legati i legamenti larghi alla mia maniera e dissecato indietro ed ai lati l'utero, pure aiutandomi col dito introdotto nel Douglas, e con forti uncini mi fu impossibile uncinare e capovolgere il fondo dell'utero. Esso era così molle, e cedevole, da sfuggire al dito e da lacerarsi facilmente cogli uncini e sonda curva introdotta in cavità. Allora con due dita trasportai il tutto in basso sino a portare a fior di vulva il fornice anteriore, dissecato il quale, fu possibile afferrare l'utero con pinza applicata sulla parete anteriore e posteriore dell'istmo, e tirarlo così in giù per compiere la legatura e dissezione della parte alta dei legamenti larghi, delle trombe e legamenti ovarici. Le ovaie rimasero in sito.

Compiuta la toilette e la emostasia, fu fatta la medicatura alla mia maniera. L'operazione si compì in quaranta minuti.

Decorso splendido: al dodicesimo giorno la inferma volle lasciare l'ospedale ed al diciottesimo dopo l'operazione volle partire per Ravanusa di Sicilia (facendo un viaggio cumulativo di 30 ore di ferrovia, due di mare ed un'ora di carrozza).

Partendo ella portava ancora molti fili delle ligature, e la breccia vaginale granulante si mostrava ancora larga.

Riveduta l'inferma nel settembre ultimo 1885, trovai riproduzione in alto con fistola vescicale e rettale.

## ESAME DELL'UTERO.

Il corpo non è ingrossato, le sue carni sono flacidi quasi atrofici; nessun segno di perimetrite. Sulla superficie delle dissezioni laterali anteriore e posteriore nessuna infiltrazione o indurimento neoplastico. Con un taglio sagittale si nota la completa distruzione del collo intra-vaginale, e un'escavazione irregolare ulcerata che dall'inserzione della vagina s'estende poco di sopra dove corrisponde la bocca interna.

Disgraziatamente il pezzo che si era posto ad indurire nell'alcool andò perduto, di tal che l'esame istologico non poté farsi. Ma dalla forma dell'ulcera, dal nessuno sviluppo esuberante e tanto meno papillare del fondo e dintorni di essa, dalla profonda distruzione e dalla riproduzione precoce, si può con grande probabilità pensare alla forma glandolare di epiteloma.

## Oss. III.

Tammaro Luisa da Solofra, dei furono Giuseppe e Maria Rosa Croci, di anni 40, vedova; sette figli, due viventi. — L'ultimo parto (sette anni or sono) fu prematuro a sette mesi, ed il prodotto morì.

Otto mesi or sono vaghi dolori ai lombi, alla regione sacrale e pubica; e poco dopo scolo vaginale giallastro, poi tinto di sangue, e di quando in quando addirittura sanguinolento.

Il Dottor de Masi avendola osservata nel gennaio 1884, e fatta diagnosi di cancro uterino, me la raccomandò, e come povera fu il 6 gennaio accolta nella casa mia di salute.

Donna robusta, ben nutrita, anzi un po' pingue. — Tutta la porzione intravaginale del collo è convertita in una massa informe, nodulata, dura, ulcerata, e sanguinante, che distende e riempie la metà superiore del cavo vaginale; non è riconoscibile che dopo parecchi tentativi la bocca esterna spostata in dietro. La cavità uterina segna 9 centimetri. L'allungamento deriva dalla massa proccidente in vagina.

Coll'esame combinato difatti non si rileva incremento del volume del corpo dell'utero. Il fornice anteriore si raggiunge agevolmente, e si trova libero, scorrevole, depresso. Con grande difficoltà e contornando la massa del tumore si raggiunge col dito il fornice posteriore, che si trova nelle identiche condizioni.

Il 10 gennaio la inferma è condotta sul letto d'operazione.

Notevoli difficoltà a scovrire e tenere disteso il fornice posteriore. Non essendo possibile tirare in giù la massa, perchè tenera, sanguinante, e voluminosa così da chiudere del tutto l'ostio vulvare, mi devo contentare, che sia ricondotta dietro la sinfisi pubica.

Dopo l'incisione del fornice posteriore, passo a ligare i ligamenti larghi senza incidenti, ma con difficoltà; poichè la massa vaginale mi copriva il campo dell'incisione vaginale destinata ad accogliere il filo. Quando fui al capitombolo le difficoltà furono grandissime a causa di quella tale massa. Ma infine era compiuto tutto, quando m'accorsi avere ferita la vescica. L'apertura appena di un centimetro e mezzo o due fu cucita al cat-cut con sutura a sopraggetto.

Presi cura di non comprendere colla cucitura la mucosa vescicale. Iniettata dell'acqua in vescica il ravvicinamento si mostrò completo. Medicatura al solito. L'operazione fu terminata in 45 minuti.

L'andamento fu dei più semplici, modica elevazione termica; ma fin dal quarto giorno cominciò a venir fuori urina per vagina non ostante il catetere a permanenza.

Il risultato fu che la donna si levò da letto il 15° giorno, ma le urine scappavano largamente dalla vagina: si constatò un'ampia fistola vescico-vaginale in alto — Si sperò colla caduta dei fili vederla ridotta, e se no poterla almeno operare; ma quando m'accingeva a preparare l'operazione scovrii aje d'indurimento da riproduzione.

Il 18 marzo la inferma fu dimessa dall'ospedale. A casa sua andò sempre peggiorando, ed appresi che dopo tre mesi (cinque a sei mesi dopo l'operazione) la infelice se ne morì.

La neoplasia epiteliale molto vegetante comprende tutta la porzione intra e sopra vaginale del collo in tutto lo spessore del suo parenchima. Le carni del corpo dell'utero dalla bocca interna in sù non si mostrano infiltrate.

All'esame istologico l'epitelioma si mostrò della varietà piana o pavimentosa. Perfetta conservazione di continuità degl'infiltramenti epiteliali profondi colla superficie epiteliale della mucosa cervicale. Forma pavimentosa molto precisa delle cellule dell'infiltramento.

Non fu possibile rilevare alcuna partecipazione delle glandole.

L'infiltrazione non oltrepassava la bocca interna dell'utero — quindi tutto il corpo era integro.

Quantunque la forma anatomica non avesse indicato una grande malignità, pure la riproduzione avvenne precocissima.

#### Oss. IV.

Ciancia Orsola di Giuseppe ed Antonia Sellitto, da Rocca Piemonte (Salerno) d'anni 28, mestruata al 17° anno, tolse marito al 22° anno. Dopo 3 mesi aborto — dopo un'anno parto regolare. Essendo morto il figlio all'undicesimo giorno, la lattazione bruscamente si sopresse. D'allora ella fu molestata da dolori addominali e retro-pubici specialmente nell'accoppiamento, ch'era seguito assai spesso da una vera emorragia. — Osservata da un chirurgo fu scoperto ed estirpato un piccolo tumoretto sporgente dalla bocca esterna dell'utero. — Ne seguì un periodo di benessere, ma di breve durata; difatti nel luglio 1884 mentre si bagnava a mare fu colta da copiosa emorragia. Fattasi osservare da persone dell'arte le si disse ch'ella era affetta di cancro dell'utero. Nel febbraio 1885 venne da me:

La Ciancia Orsola è donna di alta statura, e bello sviluppo organico, sana costituzione, ma è anemica.

Nessun'ingrossamento dell'utero riconoscibile di sopra il pube. Collo uterino molto ingrossato e difforme. Appena sono riconoscibili i carelli, specialmente il posteriore; una massa irregolare, bernoccoluta, molle, fungosa e sanguinante li ha sostituiti. — Nel centro d'essa una profonda escavazione ulcerativa, che si prolunga in alto nel canale cervicale.

I fornici laterale, sinistro, posteriore ed anteriore integri, de-

pressi e soffici, il laterale dritto però è indurito ed infiltrato, anzi l'ulcerazione, che interessa ed ha distrutta tutta la corrispondente porzione del collo, s'estende sulla parete vaginale del fornice, ed il suo fondo è indurito.

Le metrorragie intanto si succedono non ostante tutti gli ajuti, e sono susseguite da scolo abbondante, icoroso; donde è che la donna s'emacia giornalmente.

29 Marzo — Presenti Cotronei e Jennaco.

Cloroformio — incisione del fornice posteriore, ed allargamento colle dita — ligatura del ligamento largo sinistro molto facile — a dritta non si riesce che a grande stento a comprendere colla ligatura tutto l'indurimento sotto-vaginale e peri-uterino. Il capitombolo riesce agevole. Introdotto un catetere in vescica, che sembrava molto procidente in fuori, procedo alla dissezione delicata ed attenta della parete vagino-uterina colla vescica; le aderenze sono intime, ed a dissezione finita m'avvedo avere piggiata ed aperta la vescica. Cucita questa piccola ferita — gittata altra ligatura di là di quell'indurimento parametrico dritto, ligati pochi piccoli vasi, medico al solito.

L'andamento fu tipico, ma si residuò una fistola vescico-vaginale. Le cose andarono così bene e sollecite ch'io dopo 40 giorni procedei alla cucitura della fistola che si restrinse, ma non guarì. Quando dopo alcune altre settimane io mi proponeva rioperare la fistola, allora m'accorsi della insorgenza di qualche piccolo bottone dal lato dritto della cicatrice vaginale, per cui io giudicai dover rinunciare ad irritare quelle parti, e licenziai la donna. Io non vidi più la inferma. So che vive ancora, e che lo scappamento della urina accade solo in posizione eretta della donna.

Esaminato l'utero estirpato, s'è osservato che l'infiltrazione s'estende in alto sino di là della bocca interna, filtra tutto lo spessore delle carni del collo intra e sopra-vaginale, e l'oltrepassa a dritta.

La forma d'epitelioma è quella glandolare, tutta la massa, e l'indurite parti attorno sono costituite da tubi, utricoli, e gemme glandolari con epitelio per lo più pavimentoso.

## CAP. II.

### ISTERECTOMIE SÓPRA-VAGINALI PER MIOFIBROMI.

Sono cinque le osservazioni d'Isterectomie semplici, che vado a riferire — con quattro guarigioni complete, ed un caso di morte. Se si considerano le condizioni delle inferme, nelle quali io opero, il risultato si può dire ottimo. Le donne quì in Napoli, assistite da medici e chigurgi, che sconsigliano le operazioni finchè sanno e possono, pervengono a me, decise a farsi operare sol quando ridotte agli estremi si veggono minacciate da pericolo.

Tre di quelle inferme furono operate nella mia casa, e due in casa propria non avendo potuto fare altrimenti. Il caso di morte fu appunto in una inferma operata in una casa privata di Napoli.

Eccetto l'ultimo caso, dove il moncone uterino fu cucito ed affondato, gli altri quattro sono stati operati col metodo estraperi-

toneale, con collaretto peritoneale all'Hegar e laccio elastico con clamp.

Forse perchè sono stato più fortunato con quest'ultimo metodo, ma io penso che dal punto di vista della mortalità il metodo extra-peritoneale sia superiore all'altro.

Sommando le precedenti mie osservazioni già pubblicate insieme a quelle, delle quali vado ora a narrar le storie, si ha il n.° di 12 isterectomie — n.° 8 trattate con picciuolo extra-peritoneale con 6 guarigioni, e due morti (25 %<sub>10</sub>) e n.° 4 con picciuolo affondato con n.° 2 morti e 2 guarigioni (50 %<sub>10</sub>).

Mi si potrà dire che ciò dipende dall'imperfetta sutura del moncone uterino. Ma quando questa tecnica è tanto difficile da richiedere eccezionale e peregrina abilità, sicchè il mancare sia facile e non raro, bisogna concludere che sotto il punto di vista statistico generale quella pratica dell'affondamento vien ridotta assai nella sua pratica utilità. Pensare che Schröder ha dovuto gittare cinquantasei punti di cucitura su d'un moncone uterino per arrestare il sangue, e chiudere la superficie di sezione uterina!!

Dalle mie osservazioni, come si vedrà, io posso dedurre, che quando il picciuolo, al quale si può ridurre la massa del tumore ed utero è discretamente lungo, si da venire agevolmente fuori della ferita addominale ed intanto la sua vascolarità, anche dopo allacciati i ligamenti larghi, è cospicua, vale meglio, perchè dà maggiori garanzie, il condurre il picciuolo fuori e fissarlo in un modo qualsiasi. Nei casi opposti, cioè picciuolo corto, relativamente allo spessore delle pareti addominali, alla profondità della pelvi, ed alla poca cedevolezza della vagina, e parametrio, e specialmente se non molto vascolare, allora preferisco la cucitura e l'affondamento.

La storia della pratica di coloro, che affondano ad ogni costo, e in ogni caso registra molti casi di morte per emorragia; accidente dispiacevole che non si può avere col metodo extra-peritoneale. — La proposizione che la setticemia peritoneale, sia facile ad evitare coll'affondamento e chiusura dell'addome, e che invece sia facile ad aversi coll'altro metodo, non mi sembra esatta.

Forse è più vera la proposizione opposta; o per lo meno io sono convinto che la peritonite settica, o suppurativa una volta avvenuta ha conseguenze fatali col picciuolo affondato, mentre d'ordinario s'arriva a superarle quando il picciuolo è fuori l'addome. E di vero quel processo quando avviene, incomincia dalla pelvi, e circonda e si propaga lungo il moncone intraddominale del picciuolo: donde è che prime a slegarsi e sciogliersi sono le aderenze tenere e recenti, che il peritoneo arrovesciato a collaretto ha prese colla superficie peritoneale del picciuolo, e così il prodotto si fa strada verso l'esterno.

In due casi (II.<sup>a</sup> e III.<sup>a</sup> osserv.) ho avuto suppurazione pelvica, che fattasi strada al di fuori lungo il picciuolo non ha dato conseguenze funeste.

Questo vantaggio non sarebbe reale, se fosse dimostrato che le peritoniti settiche o purulente sono più facili e frequenti col metodo extra-peritoneale. Quando si cuce il peritoneo strettamente contro il picciuolo a mo' di collaretto, e si fa perfetta la chiusura del cavo addominale, non comprendo come e da dove le ragioni di pe-

ricolo maggiore che non nell'altro modo di chiusura. Anzi aggiungerò che la sicurtà di non avere emorragia, o altro prodotto qualsiasi dalla superficie cucita del moncone affondato, è una garanzia per evitare non pure i casi di morte per emorragia, ma molti altri di setticemia, incitata dai prodotti venuti dal moncone, sia sangue in piccola quantità, sia siero, o pus, o prodotti della mucosa utero-cervicale.

I reali svantaggi del metodo extra-peritoneale sono la lunga cura, la cicatrice molto infossata, e qualche volta una fistola, che dal fondo dell'imbuto della cicatrice conduce attraverso la cavità cervicale giù nella vagina. Tra le operate delle mie precedenti statistiche ho avuto ad osservare due volte questa conseguenza. Nella prima l'apertura fistolosa finì per chiudersi, nell'altra persistette per molti mesi, e poi perdetti di vista la operata.

In conclusione io adopero, come si vedrà dalle storie che vado ad esporre, ora l'uno ora l'altro metodo a secondo i casi.

Oss. I.<sup>a</sup> — *Mio-fibromi multipli interstiziali e sotto-peritoneali dell'Utero. — Isterectomia sopra-vaginale — picciuolo extra-addominale. — Guarigione.*

Giulia D. di Salvatore e della fu Luisa C.: — da Torre Annunziata, d'anni 38, nubile, di piccola statura, di gracilissima costituzione, deperita assai nella nutrizione. I primi mestruai a 13 anni, dopo un'anno di corso regolare, soppressione, e contemporaneo decadimento nutritivo generale. Cura ricostituente, miglioramento della salute, e dopo un'anno ricomparsa dei mestruai a decorso regolare sino all'età di 34 anni; da quell'epoca si resero più irregolari, anticipati ed abbondanti.

Nel 1877 (or sono sei anni circa) dopo una lunga passeggiata la Signorina fu colta da dolore intenso in corrispondenza della fossa ileo-cecale, e portandovi la mano, sentì qualche cosa di duro, che giudicò naturale alla costruzione della donna, e non ne parlò con alcuno. Alla fine del 1881 il dolore si ripetette più intenso e per tre giorni, e poi un'altra volta nell'ottobre 1882; e quest'ultimo accesso la obbligò a letto per dieci giorni. Visitata dal Prof. Amabile fu diagnosticato il tumore uterino. Andate a vuoto tutte le cure, e le speranze, vedendo crescere il tumore, e procedere abbondanti ed incontrollabili i mestruai, la Signorina D. fu condotta da me.

Addome molto grosso e difforme, linea alba spostata a destra. Tumore duro, irregolare, che venendo dalla piccola pelvi, ed occupando le due fosse iliache risale fino a due dita di sopra la cicatrice ombelicale. A sinistra di quel corpo di tumore sta addossato, ed attaccato altro tumore di forma sferica, grosso quanto la testa d'un feto al 6° mese, e che si sperde di sotto le cartilagini costali; a destra ugualmente altro tumore consimile, ma più piccolo, ed apparentemente meno immobile; gl'intestini ricacciati in sopra ed ai lati, specialmente a sinistra. Urinazione frequente; si rinuncia all'esplorazione vaginale; dal retto si sente la grande massa dura, immobile, che riempie la piccola pelvi; non si può riconoscere l'utero.

24 Gennaio a Resina in casa dell'inferma. — Assistevano Spencer Wells, Schrön, Chiaradia.

Pria di procedere esposi la mia diagnosi, e feci il mio disegno. Spencer Wells esaminata la inferma fece il suo, che uno dei miei assistenti conservò in ricordo dell'eminente uomo.

Spencer Wells volle farmi l'onore di funzionare proprio da mio primo assistente.

Cloroformio, incisione discretamente lunga dall'ombelico in giù: tirato fuori il grosso tumore dell'ipocondrio sinistro venne appresso il corno corrispondente del tumore principale, poi l'altro corno col piccolo tumore in appendice, e poi l'intero. Così, come io l'aveva ideato e progettato, da una incisione relativamente corta riuscii ad estrarre un grossissimo tumore; e Spencer Wells ebbe la cortesia di manifestare la sua soddisfazione pel modo esatto come le cose si erano diagnosticate, e poi espletate. Ligati i ligamenti larghi, il picciuolo, che era discretamente lungo, ma spesso, e molto vascolare, fu ridotto, e stretto da un laccio elastico portato all'angolo della ferita, dove fu fissato con un clamp.

Tirato il peritoneo, e rialzato a mo' di collaretto attorno il picciuolo vi fu fissato con sutura circolare, e poscia cucii con punti di sutura staccata. Undici punti di sutura profonda. Carbonizzazione del picciuolo col Paquelin, e medicatura.

L'operazione fu compiuta in 70 minuti primi.

Il seguito si riassume in poche parole.

Nessun disturbo contemplabile — lieve febbre nei primi giorni, che cade del tutto all'ottavo giorno — rimozione dei punti al 7° e 9° giorno — suppurazione limitata della ferita all'intorno del picciuolo, che cade al dodicesimo giorno dopo aver rimosso il clamp ed il laccio al 9° giorno. Piaga granulante imbutiforme al 16° giorno. Dal 20° giorno la Signorina si leva a mezzo letto, al 33° giorno piaga del tutto chiusa, e cicatrizzata.

Ora sono 22 mesi circa, e la Signorina gode perfetta salute, ed ha ripreso a cantare colla sua bella voce.

#### ESAME DEL TUMORE.

La massa del tumore dissanguata pesa cinque chili e poco più. Sono tumori multipli peri-uterini, ed interstiziali. L'utero difformato così da non riconoscersi quasi la sua cavità, allungata, contorta, irregolare.

Oss. II.\* — *Mio-fibroma interstiziale dell'Utero.* —  
*Isterectomia sopra-vaginale — picciuolo extra-peritoneale.* —  
*Guarigione.*

Maria Luisa Olivieri fu Tommaso e Nunziata Marino, da Resina, maritata e senza prole, d'anni 49: è una Signora di forte costituzione, e piuttosto pingue. La mestruazione comparsa all'età di 12 anni seguì sempre dolorosa, ed anticipante: ogni 26 giorni mestrueva. — Andò a marito a 17 anni; dice essersi abortita sei volte or al 3° mese, or al 2°. All'ultimo aborto (or sono 15 anni) seguì una emorragia, che la molestò per 10 mesi: ora le mestruazioni sono

anticipanti, ed abbondanti, ma la salute generale non ne è relativamente danneggiata.

Addome uniformemente gonfio come a gravidanza al 6° mese; il tumore mediano da giù della piccola pelvi risale poggiando sulle fosse iliache in sopra della cicatrice ombelicale — tumore duro, ma equabile di superficie, mobile anche da giù in sù — utero in posizione mediana, un po' ribassato, ed antiflesso, ma immobile — collo di lunghezza normale — fornice anteriore depresso, ed attraverso il corpo dell'utero si sente la massa del tumore; dal fornice posteriore non si riesce a raggiungerlo. La sonda segna otto cent. nella cavità utero-cervicale. Cronico ed esteso catarro bronchiale con leggiero grado d'enfisema.

Si fa diagnosi di mio-fibroma interstiziale periferico, quasi sottoperitoneale.

5 Marzo -- Cloroformio — Incisione piuttosto lunga delle spesse e grasse pareti addominali — nessuna aderenza, gran parte del tumore si porta fuori l'incisione; legati i ligamenti larghi, il picciuolo discretamente lungo e non molto spesso vien portato fuori, stretto e cucito come nel precedente. Si cuce la ferita con nove punti di sutura profonda ed altri superficiali — operazione compiuta in men di un'ora — vomito nel giorno, e grande ansia di respiro nella notte con tosse, una moderata febbre, che nella sera del 2° giorno s'eleva a 38,4. Incomincia a venire discreto prodotto siero-purulento dai dintorni del picciuolo, che nei giorni seguenti si fa purulento, abbondante e di provenienza profonda. È cosa singolare che non ostante quel processo la febbre si mantenne a 38 e di sotto, e solamente al 14° giorno s'elevò a 39,2. La inferma però è sempre molestata dal catarro, dalla difficoltà del respiro, dalla tosse. Il clamp facendo un po' di decubito si rimuove all'ottavo giorno, ed il laccio si scioglie e si rimuove all'undicesimo — Al diciottesimo giorno tutto il moncone strozzato e carbonizzato s'elimina, e la lesione incomincia ad assumere un'aspetto granulante. Dopo un mese la Olivieri lascia l'ospedale avendo ancora una piccola piaga imbutiforme e granulante.

Il tumore è unico, e sorge dall'alto fondo dell'utero.

Oss. III.<sup>a</sup> — *Mio-fibroma interstiziale.* —

*Isterectomia sopra-vaginale — picciuolo estraddominale. —  
Guarigione.*

Poco dissimile dalla precedente è la seguente osservazione.

Clementina Ferrara fu Domenico, da S. Maria Capua Vetere, viene a me raccomandata dal suo compatriota e nostro amico Prof. Morelli.

Ella, mestruta a 14 anni, passò a marito a 23 anni; dopo due anni di matrimonio mestruai anticipanti di parecchi giorni, ed abbondanti — mai accenni di concepimento. Nel giugno 1883 notò un gonfiore uniforme del basso ventre, e più a sinistra che a dritta — gonfiore che è andato rapidamente crescendo, e facendosi più mediano.

La Clementina ha 37 anni, ed è di forte e sana costituzione.

Nell'addome si palpa un grosso tumore teso, ma quasi profon-

damente fluttuante, che partendo dalla piccola pelvi, e fosse iliache risale sino a 3 dita di sopra la cicatrice ombelicale. Tumore mobile — fornice posteriore pieno e depresso, fornice anteriore tirato fortemente in dietro il pube, e nel fondo d'esso si raggiunge appena un piccolo cercine, che indica il collo uterino scomparso, ed appianato — non è possibile la sondazione — la vescica è fortemente tratta in sù.

Era notevole l'inturgidimento ed ingrossamento ricorrente del tumore fuori anche il periodo mestruale; ed in certi giorni si sarebbe giurato sull'esistenza d'una profonda fluttuazione.

Quantunque tutto portava a credere ad un mio-fibroma della parete posteriore dell'utero, pure il rapido incremento (un'anno), e quella tale fluttuazione ci mise in guardia su qualche cistoma aderente all'utero, e difformante la positura degli organi pelvici.

30 Maggio — Cloroformio — Incisione. — Scoperto il tumore pare sentirsi meglio la fluttuazione: pungo con grosso trequarti e si ha sangue. Allora procedo all'isterectomia colle stesse norme, come nelle precedenti. La vescica però era addossata contro la parete antero-inferiore del tumore, e viene in parte fuori con esso. Col catetere si determina meglio il suo fondo, e la disseco completamente lacerando la porzione riflessa utero-vescicale del peritoneo: non occorre alcuna ligatura.

Picciuolo stretto e cucito al solito con undici punti di sutura profonda, ed altri superficiali. Operazione ora 1<sup>1</sup>/<sub>4</sub>.

Nella località le cose procedettero bene, con un po' di suppurazione parietale. Però la febbre nella sera del 2° giorno passò i 39, ed il giorno appresso 39,8; ma poi andò gradatamente e giornalmente cadendo, e la sera del 14° giorno fu l'ultima, nella quale la temperatura fu di 38,2. Dopo 36 giorni la Clementina guarita tornò al suo paese, non potendo io aderire al suo desiderio di ammetterla quale infermiera della mia casa.

Il tumore ben grosso, interstiziale della parete postero-superiore, non presentava alcuna cavità di rammollimento.

Oss. IV.\* — *Mio-fibroma interstiziale.* —

*Isterectomia sopra-vaginale, picciuolo estraddominale.* — *Morte.*

Filomena Giordano di Domenico e fu Maria Ventrella, di anni 30, nubile, non ricorda l'epoca dei primi mestruai, che hanno continuato fin'oggi regolari; salvo qualche febbre da malaria null'altro nell'anamnesi. Quaranta mesi or sono s'avvide d'un tumore grosso quanto un pugno sulla fossa iliaca sinistra, e mobile, che d'allora è andato gradatamente crescendo avvicinandosi sempre più verso la linea mediana.

È una Signorina di costituzione buona, ed asciutta, ma sciupata assai. Le emorragie degli ultimi tempi, e le febbri ricorrenti e ribelli l'hanno mal ridotta assai nella nutrizione. Il suo addome si presenta tumido, come in gravidanza a termine; ma più prominente a sinistra, dove si nota una grossa bozza. Il tumore risale a due dita dall'appendice ensiforme, discende lungo le cartilagini costali a sinistra giù nella fossa iliaca e piccola pelvi. A dritta oltrepassa appena la linea ascellare media prolungata in basso. La superficie è equabile, meno

a sinistra della cicatrice ombelicale dove si nota quella grossa bozza; è teso, duro, e mobile lateralmente, e meno da giù in sù. La grande parte degli intestini è ricacciata a dritta. Fornice posteriore depresso, e pieno, l' anteriore tratto molto sù da permettere appena di raggiungere e riconoscere i resti del collo uterino.

Era chiara la diagnosi.

7 Giugno 1884 — In casa della Signorina — Cloroformio — Incisione lunga — Tumore molto vascolare, e largo impianto del tumore — occorsero due ligature per ciascun ligamento largo. Si protegge e dissecca la vescica — laccio — toilette — cucitura.

Il primo giorno si passò benino — in 2<sup>a</sup> giornata temperatura serale 38,4 — vomito, irrequietezza, sete. — nella notte s' eleva la febbre, che al mattino del 3° giorno raggiunse 41,3, polso frequentissimo, vomito pertinace — alle ore 4 p. m. muore.

Oss. V.<sup>a</sup> — *Multipli miofibromi uterini.* —

*Isterectomia sopra-vaginale — peduncolo affondato.* — Guarigione.

Maria Rosa Palmieri di Angelo e Teresa Rossi, da Rieti (Romagne), di anni 36, nubile, di buona costituzione e nutrita; mestruò a 14 anni, dopo alcuni anni le mestruazioni si fecero rare (ogni due o tre mesi); dopo qualche tempo comparve una leucorrea, con prodotto abbondante ed irritante molto sì da scoriare i genitali e parti alte delle cosce. A 30 anni ella s'accorse di un tumore nella fossa iliaca dritta, il quale s'ingrossava, facendosi dolente durante il periodo mensile. La leucorrea seguiva abbondante la cessazione del sangue, e si continuava sino al periodo susseguente.

Adesso il tumore è grosso quanto la testa di un feto a termine; è irregolare, e sembra in massima parte inclinare a dritta occupando la fossa iliaca, e prolungandosi riempiendo la piccola pelvi. Il collo uterino tratto molto sù ed in avanti dietro la sinfisi pubica; il fornice posteriore pieno e depresso sì da raggiungerlo a 4 cent. dall'osteo-vulvare. Vescica tratta in sù stitichezza ed urinazione frequente.

La diagnosi di mio-fibromi interstiziali e peri-uterini era chiara.

17 Aprile — Cloroformio — Breve incisione dal pube in sù. Si tira fuori la massa poggiate sulla fossa iliaca, e viene appresso quella della piccola pelvi. Il tumore è così grosso, e rotondeggiante in basso, che riesce difficile circondarlo senza che il laccio scorra molto giù sulla inserzione vaginale. Si riesce a stringerlo colla grossa pinza di Billroth. La recisione dovette cadere molto rasente le branche della pinzetta per comprendere nell'asportazione i piccoli e grossi nodi, che formavano la continuazione del picciuolo; e per prevenire la sfuggita di questo dalle branche della pinzetta feci dapprima con incisione circolare una specie di manichetto a spese del peritoneo, parametrio e forse anche della sostanza periferica dell'utero.

Nel completare l'enucleazione centrale la recisione cadde più profonda in corrispondenza del canale cervicale tanto che la mucosa e tessuto attorno si ritirò da sotto le branche della pinzetta, restando tra esse compreso solamente la specie di manichetto del moncone; ligai due piccoli vasi, poi con altra ben forte ligatura strinsi tutto il moncone, che lavai ed affondai. In realtà non restai molto tranquillo, perchè questa ultima ligatura non mi parve molto si-

cura; ma avea ben e profondamente ligati i ligamenti larghi, ed il moncone era così corto, e tirato giù, che io non sperai più poterlo ricondurre di nuovo alla portata di potervi gittare altra ligatura. Aspettai alcuni minuti, praticai i sette punti di sutura, e pria di stringerli ed annodarli osservai diligentemente la piccola pelvi ed i monconi ligati—visto che l'emostasia era completa, chiusi la ferita.

Il deconso fu tipicamente asettico, e si compendia in poche parole. Per tutto il giorno e sera 37,5 e p. 88. Al mattino e sera susseguente 38,2 e 38,4. Dal mattino del 3° in poi apiressia completa. Tre sole medicature — Al 6° giorno si rimuovono quattro punti — allo 8° gli altri — al 14° si rimedica per curiosità, e per vedere lo stato della cicatrice. La Signorina resta ancora alcuni giorni nella casa, ed il 22 maggio parte pel suo lontano paese.

#### ESAME DEL PEZZO.

I tumori sono multipli, e di varia grandezza; per lo più sono interstiziali, uno è sottoperitoneale, e della parete postero-inferiore. La cavità dell'utero è così difformata e contorta, che bisogna aprirla con un taglio sulla guida per percorrerla tutta.

Come si vede chiaro in questo caso anche volendo portare il picciuolo fuori l'addome non avrei potuto farlo. Era cortissimo sì, ma relativamente sottile e non molto vascolare.

Dalla ligatura, come riuscì, non venne compresa la muccosa cervicale; quindi questa cavità fu sequestrata da quella peritoneale per opera della ligatura.

### CAP. III.

#### OVARIOTOMIE.

In primo luogo riferirò brevemente di ventuno casi operati per Cistiovariche e peri-ovariche, semplici o doppie, e poi di quelli per tumori solidi dell'ovario.

Tra le prime nove operate dal gennaio al dicembre 1884 sono registrati quattro casi di morte! Statistica spaventevole. Benvero alcuni furono casi in pessime condizioni.

Sieguono a quelle altre dodici operazioni dal gennaio 1885 al gennaio 86 con dodici successi brillanti.

Dallo studio delle due serie io ho tratto grande ammaestramento; e chi leggerà queste pagine scritte per amore del vero e del bene, potrà utilizzare per sé l'esperienza degli errori degli altri.

Oss. I.<sup>a</sup> — *Cistoma del ligamento largo destro. — Morte.*

Clementina Iorio del fu Vincenzo, da Fiumefreddo (Cosenza), menstruata a 14 anni — a 15 anni febbri malariche di lunga durata. Dopo di che le mestruazioni si fecero abbondanti; a 19 anni passò a marito, e poco dopo divenuta incinta partorì al 7° mese un figlio, che morì. Fecondata una seconda volta partorì a termine, e bene. A 21 anni vedova — e da quel tempo le mestruazioni si fecero disordinate — tacevano per tre o quattro mesi per poi ricomparire profusissime — poi cessarono del tutto al 43° anno d'età.

Da circa 13 anni ella s'accorse d'un certo aumento di volume dell'addome a proposito di un'intenso dolore, del quale fu colta, e che dalla fossa iliaca dritta si diffondeva al lombo corrispondente. Allora osservata da un medico le fu diagnosticato un tumore cistico ovarico. Questo negli anni appresso crebbe assai lentamente, ma negli ultimi due anni prese notevole sviluppo.

Donna a 50 anni, di costituzione asciutta e delicata, presenta un addome grosso più che a gravidanza a termine — ma più difforme, a grosse bozze, ed il quadrante inferiore dritto più prominente del sinistro, e viceversa nei quadranti superiori. Il tumore venendo dalla piccola pelvi e riempiendo le due fosse iliache risale fin sotto agli ipocondrii, dove i suoi limiti ben definibili rasentano gli archi costali. Nulla di notevole alla percussione. Fluttuazione chiara, ma a larghe sezioni, e difficilmente comunicata da un polo all'altro.

Appena dal fornice anteriore e laterale destro si raggiunge il tumore, l'utero depresso è poco mobile.

DIAGNOSI DI CISTOMA MULTILOCULARE DESTRO, E PROBABILMENTE  
DEL LIGAMENTO LARGO.

26 Gennaio 1884 — Assisteva Spencer Wells (1), Schrön ed altri Professori. — Cloroformio — Incisione piuttosto lunga. Scoperto il corpo del tumore, il ligamento largo coi suoi larghi vasi copriva la parete cistica, e v'era scorrevole discretamente. Spencer Wells, che m'onorava come primo assistente, avrebbe voluto, come egli fa, che io avessi lacerato il ligamento largo, e sgusciata la cisti. Dopo di che i due larghissimi fogli di quel ligamento sarebbero rimasti liberi, pendenti, e quindi da escidersi, o portare fuori addome comprendendoli in un clamp. Io invece pregai lasciarmi vuotare la cisti, e cacciatala fuori con cinque legature staccate raggiunti a disseccare il campo della cisti insieme ai ligamenti larghi vicino all'utero. Come va da se, l'operazione fu un po' più lunga e stentata, ma infine in 40 minuti fu tutto espletato con mia massima soddisfazione.

Nel 1° e 2° giorno le cose non andavano male. La temperatura salì a 38,8, ma il polso fu frequente a 120 e 124. Alla fine del 2° temp. 39,5 ed incipiente meteorismo, e vomito. Al 3° giorno temp.

(1) Spencer Wells nel gennaio 1884 trovandosi in Napoli manifestò vivissimo piacere d'assistere a qualche operazione. Io scelsi tra i casi molti, che avea, due difficili. Un probabile cistoma del ligamento largo, sul quale l'illustre Operatore avea, come sapea dai suoi classici scritti, dei precetti operativi, dai quali io mi permetteva talvolta scostarmi; ed un caso d'Isterec-tomia per mio-fibromi multipli uterini e peri-uterini; volendo così darmi l'occasione di mostrare al giudizio di quello eminente uomo il metodo da me eseguito in somiglianti operazioni, ed al quale io dovea parecchi successi. La isteromizzata alla sua presenza, guarì.

Egli rimase assai compiaciuto, ed alla mia insaputa, e dopo la sua partenza da qui fece scrivere nel Lancet il seguente articolo: Dopo essere stato presentato dal Prof. Schrön agli studenti: Sir Spencer Wells replied in Italian, saying that he was highly gratified by having witnessed two operations performed by Professor d'Antona, the skill of which could not have been exceeded in any country in Europe or America (Lancet, Feb. 2, 1884).

40,2 polso 130 e più, e progrediente meteorismo. Prevedendo un'imminente pericolo, mi decido a riaprire l'addome — trovo ferita riunita, e poco liquido sieroso appena torbido, o lattescente ed inodore, richiudo l'addome, pentito d'averlo aperto;—segui lieve miglioramento della febbre, e del meteorismo; anzi s'ebbe un senso di benessere, ma fu di breve durata — la notte si passò male, ed alla fine del 4° giorno (29 gennaio) la inferma morì. D'allora mi sono proposto di essere molto più prudente nel decidermi a riaprire l'addome delle operate.

Oss. II.<sup>a</sup> — *Doppia ovariectomia per Cisti semplice sinistra e degenerazione cistica destra. — Guarigione.*

Nel Gennaio 1884 dal Municipio di Lucera mi veniva diretta e raccomandata la Costanza d'Arrigo del fu Gaetano e Giustina Chiumenta. La carità di quel Municipio le avea pagato il solo viaggio sino a Napoli, dove appena arrivata fu accolta nella mia casa.

Donna sui 44 anni, di buona costituzione, ma magra e defedata, mestrata a 17 anni, e regolarmente sino al 25° anno, quando passò a marito. Fu sterile. Al 29° anno ebbe attacco violento dolorifico riferentesi al quadrante inferiore laterale sinistro dell'addome, irradiantesi a tutto l'addome, ed accompagnato a profusa metrorragia, durata ben quattro mesi. Dopo di che le mestruazioni ripigliarono il loro corso normale sino a tre anni or sono, dalla quale epoca l'utero è in silenzio completo. D'allora precisamente pare che l'addome sia andato crescendo di volume.

Addome assai ingrossato, e specialmente è notevole l'ingrossamento nel senso antero-posteriore. Il tumore è regolarmente globato, salvo a parte latero-inferiore sinistra, dove si nota una grande bozza. Il tumore si delimita bene in alto, dove raggiunge gl' ipocondrii, l'epigastrio, e s'accompagna giù nella pelvi. E notevolmente allungata la linea pubo-ombelicale (28 c.) contro quella xifo-ombelicale (20 c.). Fluttuazione chiara in ogni sezione. L'aja di percussione chiara è più estesa nella regione lombo iliaca dritta, che non nella sinistra. Collo dell'utero allungato, specialmente il labbro posteriore — utero retroposto, retroverso mobilissimo. Dai fornici non si raggiunge il tumore. La sonda percorre con difficoltà il canale cervico-uterino, e colla curva volta in basso ed indietro.

DIAGNOSI DI CISTI OVARICA SINISTRA  
CON PROBABILE DEGENERAZIONE ANCHE A DITTA  
(AMENORREA DA TRE ANNI).

Ai 9 Marzo — Operazione, che procedè spedita, e senza incidenti degni a ricordarsi qui. La cisti avea un picciuolo discretamente lungo — ligatura doppia, ed affondamento. Dovei estirpare, previa una semplice ligatura, anche l'ovaio dritto, con incipiente degenerazione cistica. L'andamento fu dei più semplici — un solo giorno (2°) la temperatura salì a 38,4. Gli otto punti furono rimossi al 6° ed 8° giorno, e la donna perfettamente guarita, ai 30 marzo parti pel suo paese.

Il Municipio ebbe la cortesia ringraziarci con apposito voto; del che gliene rendemmo grazie.

Oss. III.<sup>a</sup> — *Cisti multiloculare dell'ovaio dritto.* — Guarigione.

Gaetana Votolo del fu Arcangelo e Giovanna Menzione, da Chiasano S. Domenico (Avellino) d'anni 30, mestrata a 17 anni e regolarmente sino al 20° anno; ma dopo le mestruazioni si fecero irregolari, tacevano per alcuni mesi, per ricomparire disordinatamente. Passata a marito al 26° anno i catamenii si regolarizzarono; ma dopo 18 mesi di matrimonio ebbe una profusa metrorragia durata un mese — dopo di che l'utero tacque per tre mesi per riprendere poi il suo corso funzionale regolare.

Or sono due anni e mezzo circa la Votolo s'accorse di un tumore quanto un portogallo giacente nella parte bassa e media dell'addome, ed il quale è andato crescendo gradatamente sino al volume attuale.

Nessuna malattia importante pregressa, nessuna prole, nè aborti.

Donna di valida costituzione, presenta un addome, come all'8° mese di gravidanza. Il gonfiore addominale pare più prominente a dritta. Il tumore conglobato ed un po' a grandi bozze, è fluttuante chiaramente, mobile, e lascia infossare la mano dietro il pube. Dal fornice anteriore si raggiunge appena il tumore. Utero mobile, ma retroposto.

1° Aprile 1884 — Cloroformio — Incisione piuttosto breve — lievi aderenze parietali ed epiploiche — due ligature perdute al cat-cut — picciuolo corto, ma sottile attaccato al corno dritto dell'utero, doppia ligatura, ed affondamento, vomito al giorno — temp. 38,4 la sera con polso a 100 e 104. Alla fine del secondo giorno la temp. raggiunse 38,8 ed alla fine del terzo 39. Ma da quel giorno la temp. cominciò a cadere, sino a che all'ottavo cadde a 37,5. I sette punti furono rimossi al 5° e 7° giorno.

Ai 13 Aprile la inferma si levò di letto, e dopo quattro giorni partì pel suo paese.

Oss. IV.<sup>a</sup> — *Cistoma multiloculare doppio dei ligamenti larghi.*  
Morte.

Questa osservazione deve essere narrata con maggiori particolari.

Giovanna Grassoni del fu Raffaele e Dorotea Elia, da Ancona, d'anni 30, di buona costituzione organica. Mestrò la prima volta a 15 anni, e poi sempre regolarmente: solo da tre anni in qua pare a lei che il flusso mensile siasi un po' scemato; maritata, senza prole. Tranne il morbillo, nessun'altra malattia precedente. Non sa bene precisare l'epoca dell'attuale affezione; tre anni or sono dal fratello la si fece riflettere sull'intumescenza notevole dell'addome, la quale del resto non le procurava veruna molestia, salvo il senso di peso, e un dolore dapprima alla coscia dritta e poi, dal mese di Gennaio, a tutte e due le cosce. Questo dolore talvolta precede, tal'altra sussegue al flusso catameniale. Defecazione regolare, l'urina qualche volta stentata. Nel luglio ultimo la cisti fu punta dal compianto Professore Mazzoni nella Clinica Chirurgica di Roma, e si estrassero quattro litri di liquido come olio.

L'addome ha il volume come in gravidanza a termine e più. Il tumore arriva ad un dito trasverso dalle cartilagini costali a sini-

stra, mentre a dritta raggiunge il margine costale, e sembra diviso in due grandi sezioni; l'una, ch'è la maggiore, dalla regione sopra-pubica ed ombelicale si estende e riempie tutto il quadrante laterale inferiore e lombo-addominale dritto; l'altra, più piccola, occupa il quadrante laterale sinistro. Sembra che esse si continuino per una sezione più ristretta. Con questa forma bozzata e in modo meno accentuato il tumore scende e si continua nella piccola pelvi. La piccola sezione presenta un'oscure fluttuazione (di piccole cavità); nell'altra la fluttuazione è molto più manifesta; tanto nell'una, quanto nell'altra si palpano delle sezioni dure e resistenti. Alla percussione gl'intestini sono ricacciati tutti al lato sinistro, dove la percussione è timpanica fino alla linea ascellare posteriore discendente: a dritta la percussione dà un'aja piena limitatissima (cieco e colon ascendente). La percussione della fossa iliaca esterna sembra più alta a sinistra che a dritta.

Dalla vagina: Ad un centimetro dall'orificio vulvare s'incontra il segmento inferiore del tumore, il quale ha spinto così in basso la parete posteriore e fornice della vagina, che, appena oltrepassata la forchetta, si tocca la parete posteriore vaginale convertita in porzione riflessa. La bozza del tumore che riempie la piccola pelvi è di superficie regolare, molto tesa ma non dura, e lascia appena un piccolo spazio dietro la sinfisi pubica, da ammettere l'introduzione del dito, che raggiunge appena il fornice anteriore vaginale, ricacciato molto in su. Quivi si tocca una plica schiacciata che ricorda il collo uterino, e che presso a poco corrisponde al margine superiore della sinfisi pubica. Il catetere per raggiungere la vescica rasenta la faccia posteriore della sinfisi pubica e risale molto in sopra del margine superiore di questa. Intercorsero varii accenni di peritonite apirettica durante le ultime settimane.

Si fa diagnosi di cistoma del ligamento largo dritto, di forma assai irregolare, aderente all'utero, che insieme alla vescica era tratto fortemente in su. Si sospettano aderenze nella piccola pelvi e fosse iliache.

20 Maggio, 11 a. m. — Incisione dall'ombelico in giù fino a due dita dalla sinfisi pubica. Si procede cauti per non ferire la vescica. Viene fuori una discreta quantità di liquido ascitico. Punzione della grande bozza dritta — liquido come carica e densa birra; l'altra bozza dà un liquido quasi gelatinoso e lattescente. Estrazione; poche aderenze epiploiche; si disse la vescica; si prolunga l'incisione: larghissimo e cortissimo impianto del corpo cistico sul corno dritto dell'utero e fossa iliaca — ligatura doppia ed in massa — lacerazione dell'utero in corrispondenza del corno — cucitura a sopragegno (seta). Altro grosso tumore e cistico degli annessi sinistri. Forma oblunga con un grosso estremo ( $\frac{1}{3}$ ) occupante tutta la piccola pelvi, e col rimanente giacente sulla fossa iliaca e fianco sinistro. Estrazione stentata dopo disseccate le aderenze pelviche. Ligatura doppia. Sangue dalla base dei picciuoli, diverse legature. Tubo nello spazio Douglas e vagina. Toilette. Scolo di sangue dai capillari del campo pelvico. Sutura. Operazione durata ore 1  $\frac{1}{2}$ .

1°	Giorno: Non vomito.	Temp.	38.6.	Polsi	104
2°	» Vomito	»	37.7	»	130
3°	» Depressione del sen-	»	39.6	»	140
4°	» sorio, meteorismo	»	39.7	»	140

Passaggio di aria, defecazione mercè clisteri, meteorismo significativo e dell'epigastrio specialmente. Punzione capillare dello stomaco; sollievo di breve durata; dopo due ore per l'alvo, laparotomia, aderenze perfetta della ferita. Per non fare più sangue si desiste. Dal mattino si turba ancora dippiù il sensorio e la circolazione. Morte alle 5 p. m.

*Sezione.* — Le aderenze trovate al mattino precedente nella ferita, e che furono perciò rispettate, sono ora sciolte sicchè la ferita è suppurante — versamento non molto putrefatto — siero sanguinolento della quantità approssimativa di un  $\frac{3}{4}$  di litro — peritonite fibrinosa nei dintorni e vicino i picciuoli — non pus — il picciuolo a dritta col laccio molto rallentato da ammettere bene un dito. A sinistra incipienti aderenze buone contro il peritoneo e utero.

Certamente quel versamento sanguigno, se non fu tale da considerarlo come prodotto di una emorragia importante, fu causa del processo locale, che condusse a morte.

Il cistoma dritto avea stirato molto sù l'utero: era stato appunto il secondo tumore che avea obbligato il primo a tirare tanto sù l'utero e vescica. L'utero, oltre lo spostamento in alto, era schiacciato ed obliquo da sinistra a destra e dall'alto in basso, e portato molto vicino alla parete addomo-pubica.

Oss. V.<sup>a</sup> — *Cisti ovarica uniloculare sinistra.* — *Guarigione.*

Clementina Piro fu Vincenzo e Fortunata, da Napoli, è una sanissima e forte Signorina a 30 anni. Vissuta negli agi della vita è nervosissima — mestrata a 14 anni e sempre regolarmente. Dieci mesi or sono fu scoperto un tumore nel suo addome dai Professori Virnicchi e Fede, medici di famiglia. D'allora il tumore crebbe progressivamente e notevolmente, ma senza molestia alcuna, tranne le molestie inerenti al peso e volume.

Adesso l'addome è più grosso che a gravidanza a termine, a superficie regolare, limitabile bene in alto, grande parte del pacchetto intestinale ricacciata a dritta; le dita possono cacciarsi dietro la sinfisi pubica. Utero retroverso.

Si diagnosticò cisti semplice ovarica sinistra libera di aderenze.

17 Giugno — Assisteva il Prof. Virnicchi — l'operazione fu eseguita in casa della Signorina. — Incisione breve — pareti addominali spesse per grasso, e lieve edema. Punzione, liquido in grande quantità, di color citrino. Picciuolo breve, ma sottile, doppia ligatura ed affondamento. Otto punti di cucitura. Operazione durata 25 minuti.

Il decorso si riassume in poche parole, perchè fu tipicamente favorevole. Al 2° e 3° giorno appena a sera la temperatura guadagnò i 38. Dopo otto giorni la Signorina si poté dire convalescente.

Oss. VI.<sup>a</sup> — *Cistoadenoma dritto.* — *Morte.*

Cesira Tabacchi fu Girolamo e Matilde Pivetti, da Modena, 33 anni, è una Signora di costituzione linfatica, bionda, e consumata dai piaceri della vita. Fin dal suo 14° anno ha mestrato sempre regolarmente — a 18 anni passò a marito — non ebbe figli. Da quat-

tro anni s'avvide d'un tumoretto grosso quanto una piccola arancia posto dietro il pube, e mobilissimo. Nel 1884 (or sono due anni) fu colta da grave peritonite essudativa; fu necessaria una puntura, che fu eseguita da un Professore di Roma, e furono estratti circa 5 litri e mezzo di liquido limpido. Al 40° giorno la si disse guarita. Nel febbraio di quest'anno (84) si ripetette la peritonite; si tornò a pungere, e vennero fuori 8 litri di liquido denso color tabacco, come riferisce la inferma. Presentemente l'addome è grosso come al 6° mese di gravidanza. Il tumore resistente, ma fluttuante profondamente dalla cicatrice ombelicale scende giù nella piccola pelvi, da dove è impossibile rimuoverlo. Una discreta idrope ascite circonda il tumore, e s'interpone tra esso e pareti addominali anteriori. Utero un po' abbassato, ma immobilizzato e fissato al tumore — infiltrazione dura del parametrio: ed è difficile distinguere ciò ch'è tumore, od infiltrazione.

Il caso fu giudicato per una cisti, senza definire se ovarica o no; e certamente fissata nella pelvi ed utero per solide ed antiche aderenze.

L'operazione fu giudicata grave, ed io personalmente non la consigliai. Ma le insistenze della inferma, e la sua decisa determinazione a non volere più continuare con quel guaio addosso m'indusse ad operarla.

24 Giugno 1884 — In casa della Signora — assisteva il Prof. Gallozzi. — Incisione piuttosto lunga in previsione delle difficoltà da incontrare. Uscita di liquido ascitico color citrino — punzione della cisti — aderenze a tutte e due le fosse iliache, e più strette nella piccola pelvi ed utero. Dopo lunga fatica si riesce a disseccare la cisti, previe parecchie legature — isolato il picciuolo cortissimo impiantato sul corno dritto, viene legato come al solito. — Toilette — cucitura con 12 punti.

Nel 1° e 2° giorno l'andamento non fu dei più lodevoli, ma neppure cattivo — ma nei giorni appresso cominciò un vomito, che progredì sempre, ed inesorabile resistette a tutti i mezzi. È a notare che di simili periodi di vomito tanto ostinati la Signora ne avea avuto parecchi, ed una volta nel corso di ricorrente peritonite fu ridotta agli estremi, e per esaurimento fu presso a morire. Il fatto è che il vomito cominciato al 3° giorno continuò ostinatamente per due giorni; non fu possibile fare ingojare una goccia di liquido senza procurare violenti accessi di vomito; ed al 5° giorno quel consumato organismo della Signora Tabacchi per inedia, insonnia e consumo nervoso, morì; mentre la febbre non s'elevò di sopra i 39, ed il meteorismo non fu cospicuo.

Oss. VII.<sup>a</sup> — *Cisti ovarica semplice sinistra.* —  
*Degenerazione cistica a destra. Doppia ovariotomia.* —  
*Guarigione.*

Annina Petriccione, di Paolo e Carmela Romano, da Napoli (Cavone 46), donnetta piccola, ma sana e di buona costituzione, conta 22 anni d'età. A 13  $\frac{1}{2}$  menstruata, e sempre regolarmente — qualche volta con forma dismenorrea. A 15 tolse marito, ed a 20 anni abortì di un feto a sette mesi, che morì poco dopo. Indi le mestrua-

zioni si fecero scarse, e negli ultimi mesi sono quasi mancate del tutto. Sono appena cinque mesi che ella s'accorse di un aumento di volume dell'addome, e siccome viveva separata dal marito, non potè pensare a gravidanza. Fattasi visitare, fu scoperto un tumore, che d'altronde non le ha recato mai molestia alcuna.

Adesso scorgesi un tumore, come di un utero giunto al 5° mese, posto nella linea mediana, un po' inclinato a sinistra — tumore rotondo, a superficie regolare, fluttuante, mobile, colla mano si scende nella piccola pelvi, spostando il tumore in alto. Utero in posizione normale, mobilissimo — non si raggiunge il tumore dai fornicati.

3 Luglio — Breve incisione — punzione — liquido citrino — nessuna aderenza — lungo picciuolo e sottile — doppia ligatura ed approfondimento — l'altro ovaio è ingrossato e trasformato in un tumore policistico, una sola ligatura, comprendendo tromba e ligamento ovarico, ed asportazione. Sei punti di cucitura addominale.

Il decorso fu dei più tipici ed apirettici. Appena il 2° e 3° giorno la temperatura serale raggiunse i 37,8. Dopo 13 giorni dall'operazione andò a casa sua. Dopo un mese era nutrita in modo sorprendente.

Oss. VIII.<sup>a</sup> — *Cistoma multiloculare dritto*. —  
*Degenerazione cistica sinistra*. — *Doppia ovariectomia*. —  
*Guarigione*.

Maria Loffredo di Pietro e Carmela Penea, da Napoli, d'anni 26, nubile, di buona costituzione organica, ma molto defedata, e con tipo di facies ovarica. Mestruò la prima volta a 16 anni e poi sempre regolarmente fino a 21 anni. A quest'epoca cessarono i flussi mensili e per 5 mesi ebbe continuamente macchie di sangue. Dopo di che si manifestarono forti dolori per tutto l'ambito dell'addome e febbre per 3 giorni, che l'inferma attribuì alla cura di ferro e fosfato di calce, che allora intraprese. Finito il dolore e la febbre, ritornò il flusso mensile, sebbene in poca quantità, e durò per 5 mesi; ebbe dipoi un forte dolore verso la regione iliaca dritta accompagnato da febbre, entrambi della durata di 3 giorni, ed il flusso si arrestò di bel nuovo, per ricomparire dopo un anno. Ricomparso, dopo 2 mesi finì di bel nuovo per non ricomparire più, ed ora è da più di un anno che l'utero tace. L'inferma racconta che la sua malattia à dovuto incominciare fin da 5 anni fa, quando si sconcertarono le regole; perchè in quell'epoca s'avvide che gli abiti, che prima la vestivano bene, le andavano un po' stretti. In seguito l'addome è aumentato di volume sempre gradatamente, e l'accrescimento, notato fin da principio dal lato dritto, è stato accompagnato quasi sempre da dolori, ora più, ora meno intensi con febbre. Undici mesi fa l'addome era più voluminoso, e fattane la punzione, si estrassero 15 litri di liquido colore feccia di vino. Rimase l'addome discretamente tumido, e dopo 15 giorni ripigliò quasi il suo primitivo volume, per poi crescere lentamente. Un mese fa fu punta nuovamente, e si estrassero 16 litri di liquido più intensamente colorato di quello di prima. Rimase l'addome parimenti abbastanza rigonfio, e in un mese, dice l'inferma, è cresciuto tanto da ridursi al volume come prima della puntura. La digestione si compie bene; solo l'urina si è resa scarsa.

Addome rigonfiato più che a gravidanza a termine, ed a grandi bozze; il tumore arriva in alto sino all'appendice ensiforme e base del torace, che n'è fortemente slargato. La cicatrice ombelicale appianata ed appena scorrevole sul tumore sottostante. Il tumore istesso pare scorra sotto le pareti addominali negli atti respiratorii. Dopo tutto, chiara la fluttuazione; solo in alcuni punti (piccole bozze) un po' men chiara. Lo stomaco è ricacciato in alto, il pacchetto intestinale a dritta. Leggero marezzamento venoso.

## MISURE DELL'ADDOME.

Circonferenza sopra l'ombelico	centim.	103
» sotto »	»	104
Linea pube-ombelicale	»	23
» ombelico-xifoidea	»	27
» ombelico-iliaca destra	»	28
» » sinistra	»	26

La Signorina è nubile, e si rinunzia all'esplorazione vaginale.

4 Dic. Cloroformio—lunga incisione—Punzioni successive—lievi aderenze epiploiche, e parietali superiori — ligatura doppia del picciuolo a dritta, e ligatura del miovario a dritta — la tromba non compresa — toilette e 14 punti di cucitura e saldamento tipico — poche molestie, e vomito — la temperatura al 3° giorno 38.4. Nel 6° ed 8° giorno si rimuovono i punti — Al 15° giorno la Signorina si levò da letto.

Oss. IX.<sup>a</sup> — *Cisti ovarica semplice sinistra.* — *Morte.*

Questa è una storia disgraziata, che m'addolorò assai. Una cisti delle più semplici, un'operazione, che non poteva andare e terminare più semplice, e più spedita — eppure la infelice morì. Io non posso che incolpar me ed i miei ajuti, se non si fu diligenti abbastanza nelle cautele antisettiche! Ritornero infine sull'argomento; e si vedrà l'ammaestramento che io ne trassi.

Gaetana Tucci di Luigi e Teresa Facondina da Rogliano (Cosenza) d'anni 35. Mestruata a 17 anni, e poi sempre bene; a 20 anni passò a marito, ed à avuto sette figli, l'ultimo dei quali conta sei mesi.

Tre anni or sono fu colta da dolore intenso alla fossa iliaca sinistra, dolore che intercorrentemente è ricorso sempre, abbenchè con minore intensità, sino a poco tempo fa. Dopo qualche mese dal primo dolore ella s'accorse di qualche cosa di duro nella fossa iliaca sinistra, e visitata da un chirurgo fu scoperto un piccolo tumore, che d'allora è andato crescendo — 14 mesi or sono divenne incinta. Col crescere dell'utero il tumore si spostava sempre a sinistra. Partorita bene, il tumore cominciò a crescere insolitamente, e perciò venne da me.

Donna alta e di ottima costituzione, asciutta, forse un po' denu-trita. Addome tumido più che a gravidanza a termine. Il tumore si palpa e si delimita bene, in alto rasenta gli archi costali sinistri, e passa alla parte opposta scostandosi un po' più dagli omonimi — superficie del tumore regolare, e chiaramente fluttuante da

pertutto. Si può rialzare il tumore dalla piccola pelvi — la cicatrice ombelicale mobile. Tutto il pacchetto intestinale, ad eccezione del discendente, è a dritta ed in sopra.

Dal fornice laterale sinistro si raggiunge il tumore — utero mobile, il collo volto a sinistra, il corpo a dritta — non segue i movimenti del tumore in sopra.

11 Dicembre 1884 — Cloroformio — incisione breve. Sotto un conato di vomito la cisti tutta appena cominciata a vuotare viene di un colpo fuori — picciuolo sottile, ligatura doppia, toilette, e chiusura con otto punti di cucitura.

Tutto prometteva un buon andamento, quando le cose cominciarono dalla sera a volgere a male; l'indimani alta febbre, meteorismo e vomito. Al 3° giorno morì coi fatti di setticemia lenta peritoneale.

Il mio rammarico per questo caso fu grandissimo; quantunque si fosse trattato di una povera infelice senza parenti e senza tetto, pure io n'ebbi turbati i sonni e la pace mia. Io non avea in concreto a rimproverarmi nulla, ma io mi dolsi fortemente con me e coi miei ajuti, perchè mi si ficcò in capo la persuasione, che quella operata non dovea morire, e se morì si fu per la poca diligenza in tutto quell'insieme, che costituisce l'antisepsi. Le tre morti della Jorio, Grassoni e Tabacchi non m'impressionarono tanto quanto quella sola della Tucci.

Si fu in conseguenza di ciò che io mi ricondussi alla più scrupolosa, alla più esagerata diligenza che mi parve un po' abbandonata, nei preparativi antisettici, ed al più severo rigore verso i miei ajuti.

Il risultato è stato che d'allora (dicembre 1884) fin'oggi (Aprile 1886) io non ho avuto più un caso di morte nella mia casa tra venticinque e più laparotomie, e nella Clinica Propedeutica (or va a compiersi il 2° anno) ho perduto un solo ammalato da erisipela alla faccia, in conseguenza d'autoplastia del naso, eseguita dal Dott. Graziani, mentre nelle sale dell'altra Clinica inferiva l'erisipela. Ben vero ho dovuto rimandare agl'Incurabili un vecchio con gangrena senile ai due arti inferiori, che io avea accolto per mostrarlo alla scuola, ed ho rimandato una giovane, nella quale avea fatto resezione totale del mascellare superiore per sarcoma midollare. Quando la giovane era per andarsene, e si provava il pezzo protetico, s'appalesa profondamente una riproduzione — torno ad operarla, ma il processo ancora questa volta si ripete. In questo mentre mi ammalò colla mano, ed ho dovuto rimandare agl'Incurabili quell'infelice, che anche dopo qualsiasi operazione, senza dubbio ella era destinata a perire.

Oss. X.<sup>a</sup> — *Cisti dermoide composta degli annessi dritti dell'Utero in giovane di 17 anni. — Guarigione.*

Questa singolare storia è stata riferita nel mio discorso di chiusura al corso d'insegnamento dell'anno 1884-85. Qui la riassumo.

Nel marzo ultimo (1885) dall'amico Dott. Angileri da Mararsla mi venne diretta e raccomandata la signorina Giulia Ruccione, sua concittadina, perchè affetta da tumore addominale.

La signorina è una graziosissima e vivace giovanetta, piena di

vita, di perfetta costituzione organica: a colorito bruno della pelle, e neri i capelli.

Ella, nata nel 1867 (or sono 18 anni), fu per tutta la durata della lattazione eccessivamente lamentevole; facilmente e senza cagione apprezzabile s'abbandonava al pianto. Appena pervenuta all'uso della ragione, la piccola bambina, portando spesso la sua manina sulla fossa iliaca, indicava alla madre il luogo, di dove prendevano origine le sue ricorrenti sofferenze. La bambina di tre a quattro anni, andando a scuola, era di quando in quando colta senza ragione alcuna da violento ed improvviso attacco dolorifico alla fossa iliaca; per la qual cosa era costretta a condursi, o farsi condurre a casa, e giacere a letto per qualche giorno. — Non pare che simili attacchi si fossero congiunti a fenomeni febbrili.

Gli anni appresso decorsero con minore fastidio, anzi quasi nessuno; e la bambina crebbe e si sviluppò bene. Al suo 13° anno di età però fu colta dallo stesso fiero attacco dolorifico, che questa volta s'irradiò su tutto il basso ventre sino agli ipocondrii, e fu obbligata a letto. Dopo pochi giorni comparve la prima mestruazione e profusamente — ma di poi le mestruazioni si fecero regolari e discrete, si mitigarono le sofferenze ed il tumore, resosi apparente ed apprezzabile all'epoca del primo sangue, finì per non esser più molesto.

Presentatasi a me nel marzo ultimo, osservai un tumore grosso più che la testa di un adulto, e giacente nel basso ventre, che veniva riempito fin sopra la cicatrice ombelicale — di forma regolare, globato, inclinava un po' più a dritta che a sinistra dell'addome — a superficie regolare, consistenza elastica tesa, profondamente fluttuante, salvo nel segmento laterale sinistro, dove, per un'aia della grandezza della vola della mano, la resistenza era forte, anzi dura, e perciò niente fluttuante.

Il tumore era mobile in tutti i sensi sulla colonna vertebrale e di sotto le pareti addominali; — spostando il tumore dal basso in alto la mano scendeva bene giù nella piccola pelvi. Non si giudicò utile, e tanto meno necessario procedere all'esame dei genitali della signorina nubile — gl'intestini erano ricacciati perifericamente al tumore, e specialmente alla regione lombare sinistra.

Si fece diagnosi di cistoma multiloculare a contenuto denso e pareti spesse — quantunque il crescimento lento (5 anni e più) contraddicesse una simile diagnosi. Per un momento questo fatto del silente sviluppo ci fece pensare ad un mio-fibroma con degenerazione cistica — ma l'estensione della fluttuazione, e la nessuna connessione coll'utero ci fecero smettere quell'idea; e difatti, dovendo esser quello un mio-fibroma ovarico sotto-peritoneale, non era legittimato l'ammettervi una degenerazione cistica, la quale è più propria in quei del parenchima dell'utero.

18 Marzo, ore 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> p. m. — Assistevano parecchi di voi altri, ed i miei aiuti. — Cloroformio — Incisione breve — poche aderenze epiploiche a sinistra, due ligature al catgut, ed asportazione insieme colla cisti — picciuolo di questa lungo, sottile e ritorto su di sé stesso per una rivoluzione e mezza da sinistra a destra — Unica ligatura del picciuolo colla seta — Lavaggio del moncone del picciuolo alla soluzione fenicata 10 ‰, ovaio sinistro normale, e lasciato — Cucitura. Operazione durata 25 minuti.

Singolare fu l'andamento consecutivo dell'operata — Nella sera polso frequentissimo (120 a 124), temperatura 38°,2 — vomito comparso 10 ore dopo la cloroformizzazione, grande irrequietezza, e molta pena e pressione verso l'angolo inferiore della ferita sul pube: — mi decido perciò nella notte stessa a rimuovere un punto di cucitura. Nel giorno appresso le cose non s'aggravarono; ma colla temperatura di 38°,5, si mantenne sempre frequente il polso — Al 3° giorno fui costretto rimuovere alcuni punti fattisi troppo stretti, e gli altri al 5° e 7° giorno.

Dopo il quale giorno la signorina cominciò ad entrare quasi nella convalescenza, e difatti, riunita la ferita per prima intenzione, ritornò la temperatura ed il polso al normale, e la signorina cominciò a provare un senso di completo benessere — Al 12° giorno ella si levò seduta sul letto.

#### ESAME ANATOMICO DEL TUMORE.

La cisti ha il volume di una testa di adulto.

Sorge dal legamento largo di destra, il quale fa da picciuolo, e lascia perfettamente libera la tromba di questo lato; la quale, dopo estratto il tumore, rappresenta come un'appendice connessa alla superficie anteriore, inferiore destra della cisti stessa.

Questo legamento largo si presenta colle sue apparenze ordinarie, meno dei vasi molto sviluppati, che si possono notare a trasparenza. Il peritoneo, che forma il legamento largo in parola, è lucido, levigato e si continua senza interruzione sulla superficie anteriore e posteriore della cisti; dove per un certo tratto di parecchi centimetri conserva la sua lucentezza e levigatezza ordinaria.

Nella parte superiore e posteriore del tumore e nella spessezza della sua parete si osserva una piccola cisti della grandezza di una castagna, che, aperta, ha fatto uscire un liquido colloideo.

Al lato sinistro poi del tumore vi è una piccola bozza della grandezza di una piccola arancia, a pareti più sottili di quelle del tumore, col quale comunica largamente.

Alla sommità del tumore poi aderisce fortemente il grande epiploon per la estensione di cent. sei, ed un lungo tratto dello stesso si vede asportato insieme col tumore.

La superficie del tumore è generalmente levigata, e tutta la parete è piuttosto sottile, meno in basso, ove col tatto si nota una anormale resistenza lapidea.

Aperto il tumore con un largo taglio, esce una massa considerevole di un liquido giallastro cremoso, e poi una quantità anche notevole della stessa sostanza, ma a massa assai più densa, rappresentata come un purè di patate. Insieme a questa sostanza si vedono una quantità di peli castagno-oscuro, i quali dove più, dove meno, sono impiantati sopra gran parte della superficie interna della cisti. La superficie interna della cisti tiene tutte le apparenze di una superficie cutanea, provvista riccamente di peli. Questa apparenza manca soltanto verso l'alto-fondo del tumore ed in parte anche sul lato sinistro dello stesso.

Qui manca l'apparenza cutanea e l'impianto dei peli.

Nella parte più bassa del tumore ed in corrispondenza della superficie interna della parete inferiore, si vede una grossa massa, di forma irregolare, leggermente allungata; la quale è fatta in parte da piccole cisti a pareti molto sottili, lucide, levigate e con contenuto sieroso; ed in parte poi da una massa molto dura, ricoperta di cute, sulla quale si impiantano molti peli, i quali hanno preso uno sviluppo grandissimo, tanto da rassomigliare a due ciocche di capelli di una giovane donna, senonchè in ultimo si avviluppano in modo, da formare una massa inestricabile, massa che stava impigliata nella mole sebacea.

Studiando sempre più questa regione, si vede chiaramente, che il nucleo della massa solida suddetta è fatto da un osso irregolare, il quale ricorda la forma e tutte le apparenze di una branca orizzontale mandibolare inferiore, compresi anche i denti; i quali sono bene sviluppati, come in un adulto, in numero di tre, impiantati irregolarmente, due alla estremità destra ed uno a sinistra; se ne veggono ancora altri non bene sviluppati in altri punti dell'osso stesso.

Dei tre denti bene sviluppati, ora descritti, quello che stà all'estremità destra ha tutte le apparenze di un dente incisivo normale, mentre gli altri due sono addirittura denti molari.

La struttura di quella porzione di parete di apparenza cutanea, è per lo appunto del derma normale — e cioè, strato corneo e Malpighiano, numerosissime e perfette le glandole sebacee, alcune delle quali scendono molto giù nel connettivo sotto-dermico, ed ora sboccando liberamente sulla superficie cutanea, or nelle guaine dei peli; non ho potuto trovare glandole sudorifere. Nel corion poi un corpo papillare regolare non esiste; ma semplici ondulazioni a larghe curve del connettivo dermico.

Da quella sezione di parete chiaramente cutanea si passa gradatamente, senza limiti precisi, all'apparenza liscia della restante, che formava i due terzi di tutta l'estensione della parete cistica.

Qui essa era costituita da uno strato sottile endoteliale, e nelle porzioni limitrofe a quella cutanea, s'osserva peli rari, fini, corti, la quale cosa indica che quella parete fu una volta addirittura cutanea.

Osservando come il ligamento largo era disteso su buona parte della cisti, e come la tromba era allungata e poggiata sul corpo del tumore, si ha l'impressione, come se il tumore non fosse dell'ovaio; ma non è possibile trovare resti di quest'organo: forse quella cisti a contenuto colloideo potrebbe essere stata l'ovaio; e difatti quella cisti corrisponde nei pressi della terminazione delle fimbrie tubariche — non poteva la cisti essere riguardata del ligamento largo — il lungo e sottile picciuolo lo fanno poco probabile; le probabilità sono adunque per un'origine paraovarica.

Con ciò non intendo significare essere proprio il paraovario l'organo glandolare, che diede origine a quel tumore cistico composto, ma solo indicare la topografia della presunta sede primitiva del tumore, e quindi nella porzione del ligamento largo, più prossima all'ovaio. Pur riconoscendo le cisti originate dal paraovario, nel caso nostro io non posso affermarlo, anzi si hanno presunzioni ad escludere quella origine, presunzioni desunte dalla storia generale di quelle cisti.

Oss. XI.<sup>a</sup> — *Cistoma destro.* — *Guarigione.*

La Signora Mariannina Bianchi del fu Giovanni e Teresa Frangipani, sposata al Sig. Caligiuri, da Catanzaro, è una giovane Signora a 28 anni, di florida salute. Mestruta a 13 anni, e sempre fin'oggi regolarmente: passò a marito a 16 anni — dopo un anno un figlio, e poi altri tre — l'ultimo cinque anni or sono — Dopo il penultimo parto (or sono 7 anni) ella notò un piccolo tumore nella fossa iliaca dritta. Or è un anno fu da me a consultarmi, ed il tumore avea il volume della testa di un adulto. Adesso il tumore è grosso come utero gravido a 9 mesi e più — arriva perciò fin agli archi costali — ma più prominente a dritta che a sinistra. Tumore rotondeggiante, a superficie uguale, ben delimitato, mobile, fluttuante. Cicatrice ombelicale infossata e scorrevole sul tumore. Utero in posizione regolare, o appena un po' anteposto ed antiflesso.

9 Aprile — Assiste il Prof. Cardarelli. Cloroformio — Incisione — punzione, vuotamento di un liquido, come birra densa, estrazione — doppia rivoluzione del picciuolo lungo e sottile — aderenze estese epiploiche — ligatura, ed asportazione. — Doppia ligatura del picciuolo, lavaggio all'acido fenico 8 % del moncone del picciuolo, ed affondamento — 10 punti di sutura profonda.

Andamento buono. — Suppurazione parietale (la Signora aveva spesso tessuto adiposo sotto-cutaneo, e sotto-peritoneale). Febbre suppurativa al 3° giorno (39). Al 12° giorno caduta completa della febbre, granulazione della ferita, e dopo 20 giorni la Signora va via dalla mia casa.

Oss. XII.<sup>a</sup> — *Cisti ovarica semplice dell'ovaio dritto.*

Silvia de Martino di Giovanni e fu Celeste Evangelista, da Giugliano di Napoli, d'anni 25. Mestruta a 16 anni e sempre regolarmente passò a marito or sono due anni; divenuta poco dopo incinta partorì un maschio, che ora conta sei mesi. Durante il puerperio (otto giorni dopo il parto) ebbe una forte paura, per la quale si sopprime la lochiazione, e si fece scarsa la secrezione latte. Fu allora che la puerpera s'accorse d'una intumescenza rimastale nel basso ventre. Però ella soggiunge che qualche anno prima di passare a marito un medico, osservatala, fece balenare l'idea d'incipiente gravidanza.

Il suo stato attuale è decaduto molto, anemico e denutrito. Ha un addome come all'8° mese di gravidanza. Il tumore è regolare, sulla linea mediana o appena un po' inclinato a destra, fluttuante mobilissimo. Utero di posizione normale, mobile — appena dal fornice posteriore si raggiunge il tumore. Cisti semplice dell'ovaio dritto.

27 Maggio — Cloroformio — Incisione — vuotamento di 7 ad 8 litri di liquido, color urina, estrazione della cisti — nessuna aderenza — ligatura doppia del picciuolo lungo e sottile — otto punti di cucitura.

L'andamento fu turbato dall'irrequietezza ed indocilità della inferma, e da suppurazione profonda ed estesa delle pareti addomi-

nali, per cui s'ebbe febbre alta subcontinua ed intermittente per dieci giorni, e poi tardissima granulazione e stentato processo di cicatrice; per cui operata ai 27 maggio, poté uscire dall'ospedale alla fine di luglio — circa due mesi e giorni di dimora nella mia casa. La sua cattiva salute e la sua irrequietezza per la quale si scompose la prima medicatura d'occlusione non permise una pronta riparazione, e quantunque si fosse alzata da più di 20 giorni, pure si rimise assai lentamente.

Oss. XIII.<sup>a</sup> — *Cisti semplice dell'ovaio sinistro. Guarigione.*

Oranges Cristina dei furono Giovanni Maiulli da Celso-Pellica (Palermo) è una contadina bruna, a forte costituzione, di 36 anni. Maritata ebbe due figli, l'ultimo di cinque anni è vivente.

Fu sempre bene in salute sino ad 11 mesi fa, quando s'avvide di un certo ingrossamento del quadrante inferiore sinistro dell'addome. D'allora il gonfiore del ventre è andato gradatamente crescendo ed estendendosi a quasi tutto l'ambito dei due terzi inferiori dell'addome, come in gravidanza all'8° mese.

L'addome adesso è prominente assai specie di sotto la cicatrice ombelicale. Il fianco sinistro è più pieno ed ingrossato — Cicatrice ombelicale normale.

Alla palpazione osservasi che l'ingrossamento rotondeggiante, impiantato nella cavità pelyica, è dovuto ad una massa spostabile nei movimenti di lateralità. È elastica, cedevole, fluttuante. Sollevando a larga plica la spessezza delle pareti addominali, in corrispondenza dell'ombelico, notasi che il tumore sottostante sfugge sotto le dita. Spostando il tumore, la cicatrice ombelicale non viene trascinata.

La percussione è ottusa in avanti e fin dove sono percettibili i confini del tumore. È timpanica ai lati e nel resto dei suoi contorni.

La fluttuazione è perfettamente limitata da una linea brusca, che corrisponde alla periferia del tumore, la sensazione di fiotto non si comunica oltre questa linea, per nessun verso: ciò dice che la raccolta liquida è perfettamente saccata.

Invitata l'ammalata a respirare lentamente e profondamente, si scorge che le pareti addominali sono libere d'ogni aderenza. La differenza di tonalità, indicata dalla percussione nei movimenti respiratorii, lo dimostra all'evidenza.

Il riscontro vaginale combinato rileva l'utero in posizione normale, e mobile.

Si fa diagnosi di Cistovario semplice sinistro.

27 Luglio — Assistono i Dottori Ruffo e Santulli d'Aversa — per riguardi alla loro venuta e presenza operai nella stessa seduta la Marianna Giacca (tumore peritoneale: guarigione vedi Tumori peritoneali) e la inferma in quistione.

Cloroformio — Incisione piuttosto breve, punzione, estrazione facile, ligatura doppia del picciuolo, il cui moncone è lavato all'acido fenico 10 ‰ ed affondato. Sette punti di cucitura.

Decorso straordinariamente tipico — non vomito, non molestia

alcuna — il solo 2° giorno temp. 38. Ferita riunita senza una goccia di prodotto, senza segno alcuno di reazione — punti rimossi al 5° e 7° giorno. La inferma si leva al 10° giorno e va via al 13° giorno dopo l'operazione.

Oss. XIV.<sup>a</sup> — *Cisti del ligamento largo di dritta — Guarigione.*

La Signora Raffaella Scerba, da Catanzaro, 30 anni, è una donna di perfetta costituzione organica e sana.

Mestruata a 16 anni, le regole proseguirono senza disturbi. Maritata a 17 anni, si sgravò di un bambino dopo un anno, il quale morì poco dopo un mese. La mestruazione si sopresse per due mesi dallo sgravò, poscia si verificarono sfrenate emorragie con intervalli di 5-8 mesi, tanto che era costretta a guardare il letto, facendo uso di cataplasmi di ghiaccio. Nel silenzio tra una metrorragia e l'altra, i catamenii ritornavano regolari fino a che una nuova emorragia non ricompariva con dolori localizzati al pube, all'utero ed alla fossa iliaca sinistra. Dimorò in America due anni e quivi, vedendosi crescere il ventre, si credette incinta: ma, passati i nove mesi e non verificandosi il parto, consultò un medico senza alcun risultato. Di ritorno dall'America, fu a Parigi, e, fattasi osservare da un medico dell'Hôtel Dieu, le fu proposta l'operazione, però l'inferma si rifiutò. L'addome cresceva sempre e, di passaggio per Firenze, consultò il Prof. Chiara, il quale fece diagnosi di *ciste paraovarica*, che punse ed estrasse circa 7 litri di liquido cedrino limpidissimo. La Scerba migliorò; ma dopo due mesi l'addome crebbe un'altra volta da raggiungere il primitivo volume.

Pel passato ebbe delle proctorragie nelle epoche mestruali, ma appena si regolarizzarono queste, scomparvero quelle.

L'addome è come a gravidanza a 7 mesi, uniformemente rigonfio. Il tumore è ben delimitabile, di consistenza molle fluttuante in tutta la sua estensione. Non è possibile constatare la mobilità del tumore di sotto le pareti addominali, e tanto nel senso laterale come nel verticale.

Utero in posizione normale, forse un po' lateroposto a sinistra, poco mobile. Il fornice laterale dritto sembra un po' più pieno e depresso dell'altro. Essendo io infermo mi contentai pungerla. La inferma migliorò, si rifece di salute, ed andò via dalla mia casa di salute.

Dopo due mesi tornò decisa a farsi operare, perchè il ventre era ritornato nelle condizioni di prima.

La diagnosi di cisti uniloculare dritta, e probabilmente del ligamento largo, fu posta chiaramente.

31 Luglio 1885 — Assistevano i Dottori Virgilio, Ruffo e Santulli d'Aversa.

Cloroformio — incisione breve — si scovre la cisti libera d'aderenze parietali — Il ligamento largo la ricuopre coi suoi vasi grossi e dilatati — Punzione, ed uscita di liquido limpidissimo come acqua — Senza aprire il ligamento largo e disseccarlo, mi riesce ridurlo ad uno stretto picciuolo, che ligo con due forti fili di seta. Reciso il moncone di quello, la parete cistica viene quasi ad enuclearsi collo stesso taglio.

Otto punti profondi di cucitura — L'operazione durata appena mezz'ora, mi permise passare subito dopo ad una Nefrectomia per pielonefrite suppurata, ed icorizzata.

Il decorso dell'operata Scerba fu al solito tipico — qualche conato di vomito — Al 7° giorno dolorette intestinali e forti borborigmi; l'indimani con un bicchiere d'acqua di Janos si procurano delle scariche discrete. Dopo di che la piccola elevazione termica (38,4) s'abbassò, e la inferma si tranquillizzò.

Rimozione dei punti al 6° ed 8° giorno. — La inferma resta ancora nella casa per alcuni punti suppurati dei margini della ferita.

Oss. XV. — *Cisti del ligamento largo dritto. Degenerazione cistica dell'ovaio sinistro. Doppia ovariectomia. Guarigione.*

Giovannina di Giacomo, dei furono Gaetano e Lucia de Simone di Napoli, d'anni 30, nubile e vergine. Mestruta a 13 anni, e sempre regolarmente, ma anticipante sempre di quattro o cinque giorni.

Or sono 5 anni l'addome suo divenne più grosso, e due anni dopo la visitai in compagnia del Prof. Fienga. Diagnosticata una cisti ovarica le consigliai l'operazione, che pel momento non fu accettata. Epperò l'addome essendosi poi enormemente ingrossato non ostante tutte le cure dei benemeriti colleghi medici, la inferma finalmente si decise a tornare da me.

Raccomandata dall'Egregio collega Dr. Chiaradia, io mi decido ad operarla non ostante lo stato commiserevole della inferma e sfavorevole per l'operatore.

La di Giacomo è una servente dell'Hotel Vesuvio di Napoli, di costituzione buona, bruna della pelle, ma dimagrata e ridotta così da far paura.

Addome enorme (metri 110 di circonferenza poco di sotto l'ombelico); pareti addominali molto distese ed assottigliate. Il segmento dritto dell'addome sembra più sviluppato. Gl'intestini ricacciati, e ridotti in piccolo spazio di lato, ed in dietro, ed in sopra: fluttuazione chiara in tutte le sezioni, ed in ogni senso.

Imene intatto e circolare, utero retroposto, collo allungato, fornice destro depresso e pieno, il sinistro vuoto.

Si stabilì la diagnosi di cisti uniloculare dritta.

16 Agosto 85 — Cloroformio, incisione, parete cistica libera, punzione, il liquido è chiaro come acqua, un po' opalescente.

Il ligamento largo disteso involgeva tutta l'enorme cisti; senza aprirlo e disseccarlo, mi riesce portare tutta la parete cistica afflosciata fuori, e dopo qualche piccola dissezione riduco tutto il ligamento largo ad un picciuolo di discreto spessore, che ligo in doppio ed affondo.

Visitato l'altro ovaio, e trovatolo ingrossato come un'uovo di colombo e degenerato in tante cavità cistiche mi decido ad asportarlo gittando una sola ligatura, e comprendendo ligamento ovarico, e tromba, otto punti di cucitura.

Le anze intestinali vuote e ridotte di calibro restarono ad occupare le parti periferiche dell'addome, e le floscie e ricche pareti addominali ricaddero addirittura contro la colonna vertebrale e si

infossarono di dietro il pube e di sotto l'epigastrio. L'addome assunse la forma addirittura d'uno scafo di barca.

Il decorso non fu dei più tipici.

Nella sera la temperatura fu di 38,5 e nella sera appresso 39,5, che si mantenne al 3.° giorno. Al 7.° giorno però cadde a 39, e poi discendendo gradatamente al 7.° giorno arrivò a 37 per non elevarsi più.

Quella febbre che fu piuttosto cospicua e durò circa cinque giorni non potè riferirsi nè a processo della ferita, che guarì per prima, nè a processi peritoneali.

L'addome rimase depresso e conformato così come al primo giorno. L'aorta si vedea pulsare dall'epigastrio sino al promontorio del sacro; ed il caso fu così singolare che noi c'inducemmo a rilevare col gesso la forma dell'addome al 17 giorno dopo l'operazione, e pria di far partire la inferma dall'ospedale.

#### Oss. XVI. — *Cisti ovarica sinistra. Guarigione.*

Maria Migliardi nubile, di 34 anni, sarta, da Napoli, mestrata a 15 anni la prima volta, per 5 o 6 mesi consecutivi irregolarmente e poi sempre regolarmente; nessuna malattia precedente.

Quantunque ella non ricordi come cominciò l'attuale malattia, pure noi siamo indotti a pensare che il suo principio debba rimontare a 7 od 8 anni fa, epoca in cui, ella dice, notò il primo aumento di volume del suo addome.

Osservata nell'Aprile 85 dal Prof. Cardarelli mi fu diretta ed accolta nell'Ospedale di Gesù e Maria.

L'enorme volume dell'addome mi obbligò a procedere ad una puntura, colla quale s'estrassero 40 litri di liquido sieroso-citrino. La inferma si rifece benissimo nella salute generale; ma per impertinenze commesse nella sala fu mandata via. Dopo poche settimane fu riammessa nella mia casa di salute.

La Maria è una donnetta di buona costituzione, asciutta, bruna della pelle. Il ventre è cresciuto di nuovo, ed ora è come a gravidanza a termine, più sviluppato nella metà destra: linea alba spostata a sinistra; cicatrice ombelicale appianata, niente spostabile; alla palpazione si nota un tumore con superficie regolare, liscia, il quale si estende di sotto le arcate costali alle spine iliache anteriore-superiori, chiaramente fluttuante ed in tutti i sensi, percussione ottusa su tutto l'ambito dell'addome, meno nelle regioni del cieco e colon corrispondente; il rimanente degli intestini spostato indietro ed in sopra.

Imene intatto, fornice anteriore pieno, utero retroposto e latero-posto a dritta. La fluttuazione si sente bene dal fornice anteriore.

*Diagnosi.* — Cisti uniloculare sinistra.

Il 19 ottobre viene sul letto dell'operazione. Previa cloroformizzazione, incisione a strati da sotto la cicatrice ombelicale piuttosto lunga; sulla linea alba scarso e fitto tessuto connettivo fino alla parete della cisti, alla quale è strettamente unito; si disseccano attorno senza molta fatica le aderenze, d'altronde strette; si punge con un grosso trequarti, e vien fuori un liquido limpido di color citrino un po' sbiadito. Nel mentre esce il liquido, con robuste pin-

zette si tira fuori la cisti e si procede nella dissezione delle aderenze che si estendono per tutte le pareti addominali. Nessuna aderenza cogli intestini e nella piccola pelvi.

Picciuolo non molto lungo e discretamente grosso: doppia ligatura in seta, ed altra in massa.

Si escide la parte esuberante del picciuolo, e colle forbici una parte di parete cistica rimastagli ancora aderente, e dopo averlo lavato con soluzione fenicata al 7 % ed esserci assicurati della perfetta emostasia, lo si affonda, e si passa alla *toilette* del peritoneo, non senza aver prima constatata l'integrità dell'altro ovaio. Da più punti della parete peritoneale, in corrispondenza delle sciolte aderenze, viene sangue in piccola quantità, ma persistente. Con due ligature al *catgut* e colla compressione delle superficie sanguinanti, il sangue si arresta. La *toilette* per tal ragione si prolungò un poco. Sutura delle pareti addominali, a punti staccati, con seta fenicata (10 punti); medicatura.

L'operazione durò  $\frac{3}{4}$  d'ora. L'andamento consecutivo fu dei più tipici, se ne toglie qualche conato di vomito nel primo giorno, e un po' di febbre, la quale, benchè non avesse raggiunto mai i 39° C., pure si mantenne con una certa persistenza, tanto da far pensare a suppurazione della ferita. Per questa ragione infatti fu medicata precocemente, al quinto giorno dall'operazione; ma si trovò la ferita perfettamente asciutta, riunita, e con nessun segno di reazione infiammatoria nei dintorni.

I punti di sutura furono tolti tutti al 5.° giorno essendo le pareti addominali straordinariamente raggrinzate e afflosciate. Nè, per pressione fatta nelle vicinanze, si potè ricavare una sola goccia di secreto; ed il mio carissimo amico Tricomi, che era venuto a bella posta per raccogliere ed esaminare il secreto della ferita, si dove accontentare dei soli fili appena umettati. E questi come quasi tutti i fili delle laparotomie di quest'anno immersi nella gelatina di culture hanno dati risultati negativi, restando immutati per più settimane.

Non trovata la ragione della febbre nella ferita, ed accusando la operata torbidi viscerali con uscita di aria fino dal secondo giorno dell'operazione, le si praticò un clistere salato, dopo del quale evacuò abbondantemente e la febbre cadde.

Ai tredici novembre, ritornò a casa perfettamente guarita.

*Anatomia patologica.* — La parete della cisti è spessa circa mezzo centimetro, rivestita dal peritoneo, che verso la sua base può facilmente sgusciarsi, ma che non è distinguibile in tutto il rimanente del tumore che aderiva alle pareti addominali. Quà e là sulla parete interna delle prominenze, formate da piccole cisti, o aggruppamenti di piccole cisti a contenuto più denso di quello della cisti principale.

La tromba allungata, ed ingrossata è in connessione colla parete cistica per mezzo d'una ripiegatura peritoneale. Cosicchè tra parete cistica e tromba avvi una specie di meso-tromba largo due centimetri.

Oss. XVII. — *Cistoma sinistro, torsione del picciuolo. Degenerazione cistica dritta. Doppia ovariectomia. Guarigione.*

Rosina Schiatarelli è una ragazza di 16 anni, nubile, un po' sciupata nel generale. Mestruta la prima volta a 14 anni; le ricorrenze mensili sempre normali. Nessuna molestia da parte dell'addome fin dal primo insorgere del tumore, che rimonta a circa 2 anni indietro, tranne il senso di pienezza da quello cagionatole.

*Stato attuale.* — Aspetto pallido, con segni di denutrizione ben appariscenti. Ventre ingrossato discretamente, il gonfiore è più centrale ed a sinistra, e per nulla appariscente nella regione soprapubica. Cicatrice ombelicale appianata, e nelle profonde escursioni respiratorie, scorre liberamente. Alla palpazione si constata la superficie del tumore ineguale, a bozze di diversa consistenza, alcune chiaramente fluttuanti, altre meno, altre dure affatto. La posizione del tumore è singolare; e di vero il limite inferiore non arriva alle fosse iliache e alla piccola pelvi, o raggiunge appena la fossa iliaca dritta si discosta dal margine superiore della sinfisi pubica tre dita, ed ancora più dalla fossa iliaca sinistra, la quale, insieme alla regione soprapubica, è occupata da anse intestinali. Pare che il tumore si continui verso la metà dritta della pelvi. Il limite superiore raggiunge le cartilagini costali a sinistra. Alla percussione la regione soprapubica e le fosse iliache danno, risonanza timpanica. Utero lateroverso a sinistra.

Si fa la diagnosi di cistoma destro con contenuto denso; quella posizione obliqua del tumore da sinistra a dritta e dell'alto in basso, si spiega con possibile rivoluzione del tumore con torsione del picciuolo.

L'Inferma viene sul letto dell'operazione: previa cloroformizzazione, si incomincia l'incisione delle pareti addominali da sopra la cicatrice ombelicale in giù. Aperto il peritoneo si punge il tumore col grosso trequarti; fuoriuscita di liquido di color malaga un po' sbiadito; si pungono altre concamerazioni cistiche; nessuna aderenza cogli organi dell'addome e sue pareti. Per difficoltà che s'incontrano nell'estrazione, si allarga il taglio in basso. Il tumore viene fuori; il picciuolo si continua cogli annessi sinistri dell'utero, ed è torto su di sé stesso per mezza rivoluzione. Ligatura doppia con seta fenicata, escissione del picciuolo; emostasia perfetta del moncone; lavatura coll'acqua fenicata al 7<sup>o</sup>/<sub>10</sub> ed affondamento. L'ovaio dritto con degenerazioni cistiche si asporta del pari, previa ligatura semplice del picciuolo. *Toilette* del peritoneo. Spiccia. Sutura delle pareti addominali con seta fenicata (9 punti). Medicatura.

L'andamento consecutivo fu regolare. Pochissimi conati di vomiti inani. Temperatura massima 38.6.° Al settimo giorno si medica la ferita riunita asciutta. Si tolgono i punti di sutura. Al 15 novembre va via dall'ospedale.

Il tumore in complesso era abbastanza grosso, p. e. quanto due teste di adulto riunite insieme. Grandi loculazioni centrali ed anteriori con contenuto siero-sanguinolento. Il rimanente costituito da sacche cistiche con contenuto or limpido or colloideo. Non ostante che tutto indicasse un tumore destro, pure nel fatto era sinistro.

Oss. XVIII. — *Cistoma dritto. Guarigione.*

La signorina Ernestina Bruschini del sig. Anacleto e Carolina Baccari, domiciliata ad Avellino, nubile, d'anni 15, è una gentile e delicatissima giovinetta, di gracile costituzione, dimagrita come se fosse consunta all'ultimo grado, con pelle pallidissima, anemica, cerea.

Ha mestruada sempre abbondantemente e con anticipazione di pochi giorni dal suo 13.<sup>o</sup> anno d'età sino a quattro mesi or sono; dalla quale epoca i suoi tributi mensili non sono più comparsi.

Appena nel febbraio 85 s'accorse dell'incremento del suo addome.

Nel maggio osservata dal Dottor Zucchetti fu scoperto un tumore addominale. Nel luglio osservata da un distinto Professore di Napoli fu diagnosticata una peritonite essudativa, quindi cure generali, e vescicanti ripetuti, generali su tutto l'ambito dell'addome.

L'incremento addominale procedendo a passi di gigante nel novembre fu condotta da me.

Lo stato generale faceva commiserazione, e paura all'operatore.

L'addome enormemente tumido ed equabilmente colla pelle tutta fortemente pigmentata pei vescicanti ripetuti.

Il tumore riempiva tutto l'addome sino contro gli archi costali ed appendice ensiforme, gl'intestini ricacciati in dietro.

Circonferenza dell'addome sopra-ombelicale	. 87
»                   »                   ombelicale	. 105
»                   »                   sotto-ombelicale	. 98
Ombelico iliaca dritta . . . . .	21
»                   sinistra . . . . .	24
Ombelico xifoidea . . . . .	22
»                   pubica. . . . .	24

Nella piccola statura e gracilissima costituzione il volume dello addome potea considerarsi notevole. La fluttuazione era nell'insieme oscura, ma le sezioni, e bozze isolatamente erano chiaramente fluttuanti.

Rinunzio all'esplorazione vaginale.

Fatte le debite riserve col padre e colla madre il 5 dicembre procedetti all'operazione.

Assistono i soliti aiuti ed il Dottor Bruschini, zio della inferma.

Cloroformio e con vigilanza speciale. Lunga incisione in previsione d'aderenze, e difficoltà nell'estrazione del voluminoso, ed informe tumore.

Aderenze parietali estese, vuotamento successivo col tre quarti in diversi punti, rotture delle concamerazioni colle dita; e poichè le due grandi sezioni del cistoma gittate ai lati della colonna vertebrale risalgono fin sotto gl'ipocondrii e vi sono aderenti, la loro riduzione ed estrazione riesce difficile. Finalmente tirato fuori il tumore pende per corto, ma sottile picciuolo al corno dritto dell'utero.

Ligatura doppia, ed affondamento, visitato l'altro ovaio fu trovato normale.

Dieci punti di cucitura.

Appena terminata l'operazione durata un'ora non ostante la me-

diocre perdita di sangue, la signorina era in uno stato grave pallidissima la cute, piccolo il polso, fredde l'estremità. Ristorata alla meglio presto si riebbe.

Inferma tranquilla si lagnò poco. Al 2.<sup>o</sup> e 3.<sup>o</sup> giorno 37,8. Al 5. giorno 38, ma quel giorno dopo la temperatura si ricondusse alla normale. Al 6.<sup>o</sup> giorno si rimuovono tutti i punti.

L'operazione eseguita il 5 dicembre, la signorina con quell'esaurito organismo potè partire per Avellino il giorno 28.

Oss. XIX. — *Cisti dermoide dritta. Guarigione.*

Agnesina Sgambati dei fuoro Giovanniantonio e Gaetana di Caterina, da Sirignano (Avellino) veniva a me diretta e raccomandata dal Prof. Martino Barba, parente di lei.

La signora conta 31 anni, maritata da 11 anni. e con tre figli. Mestruta a 15 anni, ma sempre assai scarsamente. Le sue gravidanze furono moleste per dolori vaghi e ricorrenti nell'ambito addominale. Dopo l'ultimo parto (4 anni) rimase un po' sofferente all'utero; ma poi dolori alla fossa iliaca dritta, e nel contempo s'avvide d'un certo ingrossamento dell'addome, che andò sempre progredendo sino oggi.

Donna d'alta statura, di buona costituzione, ma dimagrita e sciupata. Addome ingrossato come a gravidanza all'ottavo mese; ma irregolarmente. Il segmento dritto più prominente. Cicatrice ombelicale infossata. Escursioni respiratorie del tumore molle.

Tumore ben definito in sopra ma s'estende molto in alto verso le regioni profonde dell'ipocondrio dritto e sinistro.

Parete del tumore molto tesa; e la fluttuazione non ben chiara, cicatrice ombelicaie fortemente aderente al tumore. Nella piccola pelvi il corpo del tumore scende largo, e non può limitarsi o spostarsi in alto.

Utero abbassato o retroposte, fissato col tumore che si raggiunge bene dal fornice anteriore.

Si fece diagnosi di cistoma e contenuto denso, a pareti spesse; ed aderenti largamente.

Ai parenti, ed al Prof. Barba interessato e presente all'operazione esposi chiaramente e dichiarai che l'operazione per le strette aderenze sarebbe riuscita difficile e faticosa e quindi grave.

9 Febbraio 86 — Cloroformio. Incisione lunga. Difficile la ricognizione dei due foglietti peritoneali aderentissimi. Pure con franchezza, dopo riconosciuti i due fogli peritoneali specialmente in corrispondenza della cicatrice ombelicale, comincio la dissezione, che esige molta forza — i vasi venivano ligati appena tagliati.

Compiuta la dissezione dalla maggiore estensione del fronte della cisti, la pungo — viene fuori un liquido puriforme giallo e denso — quasi un purè di patate, molto tenue.

Il tumore riducendosi poco, l'apro largamente — e vengono fuori corpi di grandezza varia, quanto una noce, e taluni quanto un'uovo piccolo di pollo — corpi come se fossero di polpette di patate. La loro sostanza era un'ammasso denso di grasso frammisto a peli neri e lunghi, che l'intersecavano in vario senso.

Anche vuotato così il tumore non veniva fuori. Tutto il grande epi-

ploon aderente e ricacciato in alto viene legato a sezioni, ed asportato. Ma la parete cistica aderiva alla milza, al fegato, a quasi tutte le anze intestinali. È una confusione grande tra tutti quei visceri, e quella parete informe e sacculata della cisti. Della mano introdotta dentro il cavo mi servo come guida per seguire la parete cistica, mentre coll'altra disseco, lacerando e tagliando le aderenze col colon e stomaco, colla milza, e col fegato. La cistifellea rigonfiata viene anch'essa in parte dissecata, si scovrono i tronchi vascolari dell'ilo del fegato. Si procede alla dissezione delle anze intestinali. Più d'una volta si prende una ripiegatura della parete cistica per anza intestinale, e viceversa. Ma con diligenza, sangue freddo, e pazienza si completa la dissezione della cisti anche nella piccola pelvi; e condotto fuori il tumore io non credeva ancora esserci riuscito tali e tanti furono le difficoltà.

Ligato il picciuolo a doppio, ed affondato, si procedè alla toilette, che fu scrupolosissima; perchè molto materiale del contenuto cistico capitò, e rimase per qualche tempo nel cavo peritoneale. Moltissime furono le ligatura perdute, moltissime le lacerazioni dei tessuti e vasi per non aver sangue. L'operazione durata un'ora e mezzo lasciò la inferma molto male; ma presto fu ristorata.

Terminata la operazione io andai via col Prof. Barba, il quale facendomi complimenti per la operazione, si mostrava dolente dell'esito infausto, ch'egli prevedeva certo ed imminente.. E quando io sorpreso della sua proposizione ripresi a dire che non c'era ragione a fare quella infausta prognosi, e ch'io credeva che la sua parente sarebbe guarita, egli raddoppiò nelle sue meraviglie; e cortesemente espresse un'assai significativo dubbio sulle mie assicurazioni.

La Signora fu una delle più irrequiete ed impertinenti. Le si dovettero ligare le gambe, e maltrattarla per farla stare tranquilla, e non farle commettere delle stravaganze.

Nei primi sei giorni fu quasi apirettica, Ma poi cominciata la suppurazione della ferita al 7° giorno s'accese la febbre, che cominciata moderata si spinse a 40-6 al 12° giorno. Suppurazione parietale si ma estesa: drenaggio del cavo purulento, divaricamento della ferita cutanea. Ma infine dopo 24 giorni andò via quella pazzia, portando ancora una piaga granulante ed un piccolo seno verso l'angolo superiore della ferita.

A casa sua guarì subito, ed ora s'è impinguata bellamente.

Era una cisti dermoide semplice, molti capelli caduti liberi in mezzo a quella massa grassa emulsionata, e ammassata a piccole e grosse palle.

Oss. XX. — *Cistoma bilaterale con idrope ascite.*  
*Doppia ovariologia. Guarigione.*

Maria Luisa Majurini di Giuseppe e Maria Petronino, maritata ad Alfonso Calendo, impiegato presso il Municipio di Nocera Inferiore.

La Majurini conta 28 anni, mestruò al 14° passò a marito a 20 anni. Dopo un'anno un figlio, che morì di morbo infettivo. Or so-

no quattro anni cominciò ad accusare insolite sofferenze riferentesi all'alvo e piccola pelvi nell'atto della defecazione, le quali cessavano non appena l'atto era compiuto. Poco dopo le mestruazioni mancarono per alcuni mesi (non sa precisamente se due o tre); ed il ventre cominciò ad intumidirsi. Di guisacchè si pensò ad una gravidanza. Le mestruazioni ricomparvero, ma scarse e disordinate per scomparire più tardi del tutto.

Da quell'epoca però cominciò a notarsi qualche *ingrossamento* o tumore verso la fossa iliaca sinistra.

Il gonfiore addominale non ostante tutte le cure generali e locali è andato gradatamente crescendo sino a guadagnare lo:

*Stato attuale* — Donna di gracilissima costituzione, dimagrita in alto grado, anemica, pannicolo adiposo del tutto scomparso, anche la voce è debole, e tremula.

Addomeschiacciato piuttosto in avanti e prominente ai fianchi, come in idrope ascite, cicatrice ombelicale prominente, molte linee albicanti, come se fossero pregresse molte gravidanze, con lievi succussioni si rilevano attraverso le sottili ed afflosciate pareti addominali le ondulazioni d'una falda di liquido, che circonda tutta la massa del tumore, anche di fronte ad esso. Ai lombi il liquido è raccolto in maggior copia, ed è chiaramente spostabile. Si valuta da cinque a sei litri la quantità del liquido ascitico libero.

In mezzo al liquido si palpa bene un tumore informe, che provenendo dalla piccola pelvi, ed inclinandosi un po' a dritta riempie buona parte dell'addome sino a tre dita trasverse di sotto l'appendice ensiforme. Il tumore informe ed a bozze presenta a sinistra in corrispondenza della fossa iliaca sinistra una grande bozza, o massa, che sembra giusta posta al corpo principale del tumore. Realmente non si può constatare una ben netta e dimostrabile fluttuazione. Epperò una bozza del tumore, ch'è prominente assai, e per ciò addossata direttamente contro la parete addominale peri-ombelicale (mentre in tutto il resto una falda di liquido ascitico è anteposta a tutto il tumore) mostra una non dubbia fluttuazione.

Colla percussione si rileva che buona parte degl'intestini è ricacciata al fianco sinistro. Anzi da questo lato le anze intestinali scendono sino alla fossa iliaca, e regione soprapubica sinistra, antepoendosi quasi in parte alla sezione periferica sinistra del tumore e precisamente alla descritta bozza della fossa iliaca sinistra.

Utero in posizione normale, mobile.

24 Marzo — La inferma trasferita dalla Sala Chirurgica di Gesù e Maria nella mia casa di salute, ed alla presenza al solito di parecchi studenti, previa cloroformizzazione procedo dopo aver stabilito la diagnosi di cistoma dritto, e forse cistoma anche sinistro.

Incisione lunga, fuori-uscita d'un liquido citrino limpido, vuotamento parziale, estrazione del grosso tumore appeso per lungo picciuolo al corno dritto, e perfettamente distinto dall'altro tumore grosso quanto un'arancia rimasto poggiato sulla fossa iliaca sinistra. Si caccia fuori anche questo, che ha parimenti un lungo picciuolo. Dopo l'annodamento ordinario asciugata bene la cavità peritoneale chiudo la ferita con 9 punti di sutura.

Il decorso fu eccellente. La curva termica segnò 37.8 solamente nelle sere del primo e secondo giorno, e poi scese al normale.

I due tumori erano dei cistomi multiloculari con concamerazioni di diversa forma e grandezza, e qualità differente di contenuto. — Sulla parete interna delle più grandi cavità, e sull'esterna peritoneale si vedevano delle vegetazioni piccole, e grandi quanto una grossa castagna a superficie papillare, e granulosa. Erano delle formazioni adenoidi tubulari.

In nessuna di quelle vegetazioni potei scovire trasformazione cistica. Eppure è ad ammettersi che il corpo principale dei due tumori ha dovuto originarsi, come adenomi, e poi subire quelle trasformazioni critiche.

Oss. XXI. — *Cistoma bilaterale. Idrope ascite.*  
*Doppia ovariotomia guarigione.*

Vincenza Primavera di Giuseppe e fu Teresa Pecci, da Ortona-Marsica, d'anni 27, nubile e lavoratrice di campagna, nel 20 febbraio accolta nella Sala di Clinica Propedeutica Chirurgica narra d'essere stata sempre mestruada regolarmente fin dal 13° anno di sua età fino a pochi mesi addietro. Ma già da due anni s'era fatta scarsa ed irregolare.

Tre anni or sono fu improvvisamente colta da fiero dolore verso la fossa iliaca sinistra, ed irradiantesi all'arto corrispondente. L'intensità degli accessi dolorifici determinava talfiata vomito, anche a stomaco vuoto; ed essi ricorrevano ad intervalli dapprima di poche ore, poi di giorni, sino a 40 giorni e più di perfetta quiete. D'allora ella notò una qualche cosa di duro alla fossa iliaca sinistra, che andò sempre e gradatamente crescendo.

*Stato attuale.* — Donna di pelle buona, buona costituzione asciutta, dal viso smunta, sofferente e stupida. L'addome è grosso in totalità dall'appendice ensiforme al pube, e da un lato all'altro. Il ventre nell'insieme più grosso che a gravidanza a termine è più prominente a sinistra. Con leggiere succussioni si scovre un'onda di liquido, che è anteposta al tumore, e lo circonda ai fianchi. La sua circonferenza si delimita del resto bene grazie alla sua sufficiente resistenza, che però è assai disuguale, in alcune sezioni chiaramente fluttuante, in altre nò.

Il corpo del tumore scende, poggia e riempie la pelvi. Nulla di particolare alla percussione. Procidenza dell'utero fuori della vulva, ed in posizione media (nè anteflesso, nè retroflesso). La mucosa vaginale quasi tutta estroflessa era ispessita. rugosa secca.

Abrasioni epiteliali attorno la bocca dell'utero, che forma l'apice del cono del tumore extra-vulvare. Di sotto la parete vaginale, e specialmente tra questa e dietro il corpo dell'utero quindi nel Douglas abbassato si nota del liquido.

Il tumore vulvare è facilmente riponibile, ma appena lasciato a sè stesso, ed al minimo sforzo ritorna nella sua viziosa posizione.

È la seconda volta che veggo in giovani nubili procidenza dell'utero ed idrovaginocele posteriore per idrope ascite dipendente da tumore addominale.

30 Marzo — Cloroformio. Giacchè s'era fatta diagnosi di voluminoso cistoma, feci una lunga incisione.

Fuori-uscita di una discreta quantità di liquido ascitico. Non ade-

renze parietali. Punzioni multipli di diverse loculazioni, alcune delle quali danno un liquido sanguinolento. Ridotto il tumore, e cacciato fuori il picciuolo lungo ed attaccato al corno sinistro è torto per circa mezza rivoluzione; ligatura doppia, ed affondamento. Incipiente degenerazione cistica dell'ovaio dritto, che dopo una semplice ligatura s'asporta.

Un'assistente introduce la mano con un grosso tampone in vagina. Così si rialza l'utero ed il pavimento della piccola pelvi, e la toilette così diviene agevole.

Dieci punti profondi, ed alcuni superficiali.

Nel giorno qualche conato di vomito, irrequietezza somma della inferma. L'ho dovuto maltrattare e minacciar di mandarla agl'Incurabili (che è il maggior spavento del nostro popolo). Non ostante ciò, il decorso fu ottimo, 38,2 nella sera susseguente. Una sola medicatura al 7° giorno per rimuovere tutti i punti.

Il tumore era costituito da un'immenso numero di loculazioni di varia grandezza. Le pareti ed i setti interloculari erano fortissimi, tanto che si durava fatica a romperli.

E dopo avere vuotato la maggiore parte di quelle cavità, restò tanto di massa solida da pesare chili 6,300. Il contenuto di alcune di quelle cisti era ematico. Era uno dei comuni adenomi cistici. L'emorragia avvenuta in alcune loculazioni era al certo dipendente dalla torsione del picciuolo.

Oss. XXII. — *Cistoma multiloculare sinistro. Guarigione.*

La presente osservazione è particolarmente interessante per molti rispetti, e riguarda una infelice, sulla quale non so se hanno potuto più le malattie e sofferenze, o le pene della miseria.

Teresa Sangioma dei furono Fiorentino e Concetta Grossi, di Napoli, conta 45 anni, ma ne mostra sessanta. Mestrò a 12 anni, e sempre regolarmente sino ad oggi. Maritata a 20 anni, ebbe un sol figlio che le morì.

Or sono quattro anni portando la mano sulla fossa iliaca sinistra s'accorse di qualche cosa d'insolito o di un corpo duro posto profondamente. Ricoverata nella Clinica Ostetrica le fu praticata una piccola operazione sul collo uterino, della quale ella non sa dare ragguagli ed in seguito alla quale ebbe febbre alta e sofferenze non lievi. Ritornata a casa sua cominciò a notare un graduale incremento di quel tale indurimento.

Ai 24 marzo fu ammessa nella sala della Clinica Chirurgica Propeutica, e studiata coi giovani, relatore Dr. Messina.

Donna d'alta statura, corpulenta, ma defedata: mucose e pelle pallide; colore cianotico prolabii, e turgore congestivo del viso, quasi fosse una cardiaca.

L'addome è grandemente gonfio:

Circonferenza a livello della cicatrice ombelicale . . . . .	132
Quattro dita di sotto. . . . .	134
Iliaca-ombelicale destra. . . . .	32
Idem sinistra . . . . .	37

L'addome nell'insieme è a forma di botte, più prominente a sinistra, e cadente sui genitali ed alto delle coscie, che vengono perciò coperte.

La cicatrice ombelicale prominente ed occupata da un tumoretto quanto una piccola castagna. È una piccola ernia epiploica.

Qualche vena cutanea addominale appariscente.

Il tumore nel suo assieme è ben delimitabile in sopra, ed ai lati, ma non in basso, dove si continua profondamente nella piccola pelvi, è a grandi bozze, e ciascuna è molto cedevole; perciò nell'insieme il tumore è generalmente, ma oscuramente fluttuante.

Le anze intestinali occupano le parti periferiche superiori, e latero-posteriori.

Utero un po' abbassato, e mobile, apertura della bocca ingrandita, fornice laterale sinistro e posteriore pieni e depressi.

Edema degli arti inferiori.

Ai 10 aprile punzione al segmento laterale sinistro, s'ottengono litri 5 circa di liquido, come di birra guasta. Nella stessa seduta punzione a dritta, e s'ottiene un po' più di liquido di colore petrolio impuro.

Fu eseguita la punzione per ridurre il volume del tumore, e così rimuovere gli ostacoli alla circolazione. Perocchè il cuore pur non presentando rilevabili alterazioni, era debolissimo nei suoi moti, e la circolazione venosa generale assai difficoltà.

La donna dopo le punzioni, col riposo e colla buona nutrizione si rifece alquanto ma il suo cuore rimase sempre debole; il polso frequente depressibile.

La diagnosi di cistoma fu posta; e riconosciuta la urgenza del caso non ostante le non liete condizioni generali, la donna fu condotta nella mia casa di salute il 29 aprile, ed il 30 operata.

Narcosi cloroformica appena accennata, e mantenuta solamente nei primi momenti dell'operazione, e subito sospesa.

Incisione lunga; diverse punzioni, e poi rottura di tanti setti colle dita introdotte profondamente nella cavità della cisti.

Nessuna ligatura od aderenze; poco liquido ascitico. Il grosso e corto picciuolo si liga in doppio, e poi si gitta altra ligatura in massa.

La inferma sopportò con ferma volontà la operazione, ma rimase un po' abbattuta. Per cui si fu solleciti di rialzarla con vino, iniezioni d'etere, panni caldi.

Donna estremamente tranquilla e ragionevole raccolse i frutti della sua paziente natura. Non vomito, non disturbo di sorta.

Nella sera del giorno dell'operazione 37,6. Nella sera appresso 38,2 e per poche ore, poi 37,6 ed infine dal 5.º giorno in poi temperatura normale.

Al settimo giorno si rimuovono tutti i numerosi punti, e dopo 24 giorni fu ricondotta e presentata ai giovani.

Il tumore era uno dei comuni adenomi cistici (Cistoma).

Dal maggio in quà si sono eseguite nella mia casa di Salute molte altre svariate operazioni nel ventre. In fine del presente lavoro, che avrebbe dovuto veder la luce prima, e che comprende il periodo sino nell'aprile, darò conto sommario di quelle operazioni eseguite da quel tempo in quà.

Per ora seguendo il mio programma passo a riferire dei **Tumori solidi ovarici e dei Tumori peritoneali.**

### Sarcomi dell'ovario — Tumori Peritoneali.

Se le precedenti osservazioni d'Isterectomie per vagina, e sopravvaginali, non che quelle d'ovarioctomia, hanno potuto avere un interesse casuistico Clinico, queste, delle quali vado ad occuparmi, e che riguardano i *Tumori Solidi* dell'ovario, e specialmente i *Sarcomatosi*, ed i *Tumori* peritoneali, hanno un interesse alto scientifico oltrecchè Clinico.

La rarità relativa di somiglianti osservazioni seguite da operazioni, la singolarità di ciascuno dei miei cinque casi, seguiti tutti da un completo successo operativo, danno a questa parte del mio lavoro una speciale importanza. Io non ho avuto occasione di operare per fibromi, o miofibromi esclusivamente ovarici. Forse ne avrò osservato, ma non operato.

Per vero nelle varie isterectomie per miofibromi uterini e periuterini ho potuto convincermi che talfiata oltre il tessuto proprio uterino, e connettivo peri-uterino, anche il tessuto proprio del parenchima fibroso dell'ovario può dare origine a fibromi misti a fibro cellule muscolari.

Ultimamente eseguii un'isterectomia per metrorragie infrenabili. Oltre la molteplicità dei noduli mio-fibromatosi parenchimali, che diffomavano in modo straordinario il corpo dell'utero, l'ovaio dritto era sede, e trasformato in un tumore fibromatoso grosso quanto il pugno di un fanciullo, lievemente tuberoso alla superficie, e che pel suo ligamento ovarico pendeva al corno dritto. L'ovario sinistro era trasformato in un corpo cistico poco più grande del solido tumore ovarico dritto.

Tra i foglietti del ligamento largo dritto e perciò di sotto il tumore solido, eravi una cisti sierosa, uniloculare, che potei enucleare dopo compiuta la strettura del moncone uterino. La cisti avea un volume poco più di un'uovo di pollo, e dopo la sua enucleazione restò un piccolo cavo a pareti rigide.

La Signora andata bene sino al 4° giorno, al 5° commise errori dietetici (incredibilia), ed al 6° morì.

Ho operato invece due ragazze per voluminosi *Sarcomi* dell'ovario, uno doppio, Signorina de Falco, 16 anni d'età e l'altro unilaterale, ma combinato con *Sarcoma* epiploico secondario (?) (Adelaide Scielzo 15 anni di età). Queste due osservazioni concordano con quelle di Klebs, Leopold, e di tanti altri, che cioè i sarcomi ovarici sono a preferenza dell'età giovane di sotto i 20 anni.

Tutti e tre i sarcomi ovarici delle mie due osservazioni erano della forma pura e dura. Sarcomi fusocellulari, e fascicolati. Il nodolo (forse secondario) dell'epiploon era di forma molle e midollare. In nessuno si trovò alcun focoloiaio di rammollimento o degenerazione cistica. Eppure il *Sarcoma* dritto della de Falco era voluminoso abbastanza, e di una data non molto recente (certamente più di dieci mesi a contare dal giorno della scoperta del piccolo tumore).

Io già mi trovo aver dimostrato che quei casi assai frequenti, e giudicati dagli anatomici e specialmente dai clinici per cisto-sarcomi dell'ovario; appunto perchè la massa del tumore apparentemente è

solida in alcune sezioni ed il suo incremento è relativamente rapido, non sono realmente altro che adenomi cistici (*cisto-adenomi, cistomi*). E difatti io non ricordo avere osservato sul vivente, o sul cadavere un vero cisto-sarcoma. O per meglio dire quei, che ho visto classificare per tali, io ho potuto condurre per osservazioni minute ad adenomi cistici.

La formazione di cisti per rammollimento nei sarcomi ovarici non è comune, nè tampoco quella da precedenti ed intercorrenti focolai apoplettici. Anche quando avvii torsione del picciolo, il quale fatto nelle cisti dà agevolmente emorragie; nei sarcomi che per lo più sono duri, esse emorragie avvengono assai difficilmente, o per lo meno non hanno conseguenze. Piuttosto la varietà di cisto-sarcoma s'incontra, quando e perchè collo sviluppo del sarcoma dal connettivo interstiziale ovarico procede di pari passo la formazione adenoidale dai follicoli, e tubi ovarici con trasformazione cistica. *Adeno-Sarcoma-Cistico*.

Queste convinzioni, che fin dal 1883 io espressi nei miei *Saggi di Chirurgia Addominale* a pag. 40 e seg. sono venute sempre più confermandosi nell'animo mio quanto più numerose sono divenute le mie osservazioni.

Una vera idrope, che suole considerarsi come un fatto concomitante assai frequente dei tumori a rapido decorso dell'ovaio, mancava in ambedue i casi miei. Il peritoneo della Scielzo era del tutto asciutto, e poche diecine di grammi di liquido si contenevano in quello della de Falco.

Un'esatta e concreta idea della patogenesi dell'idrope nei tumori addominali io realmente non sono riuscito a farmi. Molti fattori a noi debbono essere ignoti circa le leggi d'assorbimento e transudazione peritoneale. È vero che il Prof. Maffucci coi suoi belli esperimenti è riuscito a determinare le sezioni del peritoneo che sono deputate al riassorbimento, e quali nò (vedi *Miei Saggi* p. 9); ma qui non dev'essersi detto tutto. Imperocchè con quelle stesse conoscenze del Maffucci alla mano io non sono riuscito meglio a persuadermi, e spiegarmi i fatti.

Non conosciamo momento patogenico più preciso e concreto di quello della pressione intravenosa aumentata per spiegarci talfiata l'idrope. La ragione scientifica, l'esperimento, l'osservazione clinica in tante svariate circostanze mettono fuori discussione il valore patogenico di quell'azione meccanica. Ed aggiungo subito che alcuni casi d'idropi per tumore sono d'una significazione decisiva per la quistione — ne sia un'esempio la XXI<sup>a</sup> osservazione d'ovariotomie di questa serie. Quel libero corpo cistico pendea al corno sinistro dell'utero per lungo picciuolo ritorto su di sè stesso; e come effetti paralleli di quella torsione e quindi compressione della circolazione precipuamente reflua, s'ebbero emorragie interne in molte loculazioni cistiche, ed idrope ascite — I delicati e neoformati vasi dei setti interoculari della cisti sono più agevolmente lacerati e rotti sotto una forte pressione che non gli antichi e forti vasi pericistici e sotto-peritoneali, i quali per giunta sono di sovente sostenuti da un'ispessito peritoneo.

Ma appunto perchè il processo è d'ordine meccanico, ed è ben definito, non dovrebbero veder mancare mai nelle sue conseguenze.

Eppure, vi hanno casi, nei quali si ha torsione del picciuolo, emorragie intra-cistiche, profondi disturbi nutritivi nella parete cistica e peritoneo ed infine solide aderenze, senza una goccia di liquido libero nel cavo peritoneale.

Forse l'essere o il non essere largamente aperte le vie efferenti, o d'assorbimento peritoneale sia la ragione del ristagno o no del liquido transudato dalle dilatate pareti dei capillari del peritoneo, che cuovre il tumore.

Vi hanno poi dei casi, nei quali l'idrope è solenne, e certamente non riferibile a ragione semplice idraulica, e tanto meno a ragione speciale risiedente nel picciuolo.

Nella Migliorini (Osserv. XX<sup>a</sup> ovar.e) non ostante la grande mobilità dei tumori, ed il rilassamento delle pareti addominali, senza quindi poter supporre alcuna ragione di compressione nel picciuolo, s'avea una discreta idrope. La Migliorini tornata a casa divenne diabetica. Forse lo era anche all'epoca dell'operazione; donde quello stato asciutto delle sue carni — Non c'erano stati segni di peritonite; eppure in mezzo a tutti questi dati negativi, anzi contrarii ad ogni processo di transudazione, esisteva un'idrope.

Che l'idrope talvolta sia riferibile a processo essudativo flogistico del peritoneo è fuori dubbio; ma non è men vero che nella de Falco con un doppio Sarcoma ovarico (vedi 11<sup>a</sup> Osserv. più sotto), e con tutti i sintomi Clinici di una cronica peritonite febbrile, confermata poi coll'esame dei tumori asportati, non trovai nel ventre che pochi grammi di liquido, come sogliono trovarsi in molte laparotomie.

Ho osservato un numero assai grande di fibromi uterini e peruterini, ed operati parecchi: mai m'è accaduto osservare idrope. Ultimamente operai una giovane con un tumore cistico dell'ovaio sinistro (cisti dermoide, combinata ad altra cisti sierosa). La giovane fu sempre ricorrentemente sofferente di peritoniti febbrili, e pel periodo di due anni. Eppure mai versamento sieroso.

Se adunque l'idrope dipende talvolta da ragioni meccaniche idrauliche, talaltra da processi flogistici essudativi, pure bisogna riconoscere che alcuni casi si sottraggono a quel modo d'intendere, e che perciò debbono esserci altri fattori tuttora a noi ignoti, i quali debbono influenzare il processo in quistione. Di questi miei dubbii e di queste incertezze scientifiche, s'avrà una più esatta idea, e prova, quando da qui a poco verrò esponendo nel capitolo dei tumori peritoneali due singolari casi accompagnati da notevole idrope, e seguita da un'andamento cotanto differente. Allora sarà più opportuno venire ad altre considerazioni sull'idrope.

### Sarcomi dell'ovajo.

Oss. 1<sup>a</sup> *Sarcoma ovarico, e del grande epiploon. Guarigione. Errori dietetici nella convalescenza; gastro-enterite acuta al 10<sup>o</sup> giorno, e morte al 12 giorno.* Adelaide Scielzo di Antonio e Filomena Secca, da Palermo, d'anni 15 è una giovanetta di gracile costituzione, e denutrita. Mestruata a 14 anni e regolarmente sino all'Agosto ultimo; da quell'epoca l'utero tace. Appena nel Settembre successivo (or sono 7 mesi), ella s'accorse di un tumoretto grosso quanto un'uovo di pollo, e sito nella regione iliaca dritta, tumoretto duro, indolente,

che rapidamente è andato crescendo. Io vidi la ragazza nella Clinica del Prof. Cantani; accettai operarla, e quindi fu trasferita nel mio ospedale.

L'addome e specialmente il segmento laterale dritto è tumido, la pelle integra e cicatrice ombelicale appena appianata. Si palpa un tumore, che occupando tutto il fianco e fossa iliaca dritta, ed estendendosi a sinistra di pochi centimetri di là della cicatrice ombelicale, vien ad occupare anche buona parte della fossa iliaca sinistra, e continuarsi giù nella piccola pelvi. La superficie del tumore è a grandi bozze; una specialmente se ne nota in corrispondenza della cicatrice ombelicale o poco a sinistra. La consistenza è dura, e si può dire equabile — quasi tutto il pacchetto intestinale, meno il cieco e colon ascendente, è spostato in sopra ed a sinistra verso il fianco e parte della fossa iliaca sinistra. Il tumore è mobile. Utero risospinto in basso, anteposto, e pochissimo mobile. Fornice posteriore pieno e depresso. Non è possibile spostare in sopra quella massa.

Si fa diagnosi di sarcoma degli annessi dritti dell'utero.

1° Aprile. Incisione lunga, scoperto il tumore, e sciolta qualche insignificante aderenza epiploica, esso non può uscire dalla ferita, che viene perciò prolungata di sopra la cicatrice ombelicale. Venuta fuori la porzione addominale del tumore viene anche facilmente l'altra della piccola pelvi, che resta perciò aperta come una grande escavazione a pareti rigide. Il tumore pende dal corno dritto uterino per picciuolo lungo, e di discreto volume, diviene legato con doppia ligatura, ed affondato. Durante le manovre di *toilette* addominale tocco e scovro altro tumore grosso più che un'uovo di pollo, e della sua forma, impiantato tra i fogli del grande epiploon giusto in corrispondenza e di fronte alla grande curvatura dello stomaco. Agevolmente lo disseco, e, previa qualche ligatura di piccoli vasi, l'asporto.

Dodici punti di cucitura.

Nella sera del 1° e 2° giorno la temperatura fu di 39 e 39,2. Al 3° giorno si ridusse quasi al normale, ed appena al 6° si ebbe 38,2. Al 7° giorno si rimuovono tutti i punti, riunione completa per prima. Fin dal 3° giorno cominciò a passare aria per l'alvo, e poi al 6° evacua regolare. Si concede vitto in discreta quantità. Al 9° giorno si concede di sedersi sul letto. Al 10° giorno ricorre la Pasqua. Una vecchia nonna eludendo la vigilanza delle infermiere dà occasione alla ragazza a gozzovigliare; le dà molti dolciumi comprati sulle bancarelle pasquali di Napoli. Nella sera forti dolori addominali, indigestione, vomito, sussegue diarrea, non ci riesce ad arrestare la diarrea, nè a frenare in alcuna guisa il vomito, qualunque goccia di liquido, o briciola solida provocava violenti conati di vomito, quasi fosse una gastrite acuta da irritazioni forti chimiche, tanto meno si riesce a nutrire la insensata ragazza pel retto. Tre giorni si passarono, e il vomito colla diarrea pertinacemente continuando finirono per esaurire la inferma, che morì nel mattino del dì 13 Aprile, tre giorni dopo la Pasqua.

Ora si può giudicare, se la morte sia stata una conseguenza dell'operazione, o no; e se io ho ragione ad annoverare questo caso tra i guariti. La nonna ne fu desolatissima, e per fuggire ai nostri rimproveri, ed all'ira del padre della giovinetta abbandonò l'ospedale. Il grosso tumore era ovarico, pesò chili 3,725, l'altro piccolo epi-

ploico grammi 150. Erano sarcomi, il più grosso era della varietà fibrosa e fascicolata; il piccolo avea l'aspetto più midollare, ma incapsulato perfettamente. Era un nodulo secondario?

Oss. 2<sup>a</sup> *Sarcoma doppio ovarico. Guarigione.* La Signorina Giuseppina de Falco, figlia del Signor Francesco e Caterina d'Amore, distinta e ricca famiglia di Fisciano (Salerno), d'anni 15, è una giovanetta di costituzione gracile, linfatica e sciupata per febbri ricorrenti da più di cinque mesi. A 12 anni menstruò, ma nei mesi successivi si fecero scarsi i mestruì, ed irregolari; ed or sono otto mesi che mancano del tutto. Appunto colla prima mancanza ella essendo in Collegio s'accorse d'un piccolo tumore nel basso ventre, e ne parlò ad una sua compagna colla preghiera di serbare il segreto. Nello scorso Agosto (or sono otto mesi) una violenta febbre, non ben definita, la colse, ed il medico consultato constatò il tumore addominale. La famiglia impensieritò la condusse tosto a Napoli e le fu consigliata l'operazione; ma causa il colera fu ricondotta a casa.

Nel febbraio fu condotta nella mia casa. Tutto l'addome è tumido ed occupato quasi per intero da una grande massa solida. Il tumore a grandi bozze distende la pelle dell'addome, e dagli archi costali ed appendice ensiforme scende giù alle fosse iliache e piccola pelvi. Una piccola falda di liquido ascitico è anteposta al tumore, e bagna gli intestini ai fianchi.

La maggiore massa del tumore occupa tutta la sezione mediana, e dritta di quella piccola addome, e si continua mercè una specie di collo con un'altra massa più piccola occupante la fossa iliaca sinistra, e piccola pelvi. Il tumore è duro, e sembra mobile. Appena oltrepassato l'*introitus vaginae* si sente una grande massa dura, che riempie e spinge innanzi il fornice e parete posteriore; l'utero spostato in avanti: riesce impossibile rimuovere quella massa dalla pelvi in sù verso l'addome, e sembra fare perfetta continuazione colla massa addominale. La Signorina febbricitava a 38,5 e talvolta a 39 la sera. Di quando in quando ricorrevano alcuni giorni liberi di febbre. Più di 40 giorni dimorò nella mia casa, circondata dalle maggiori cure, e cautele, e non potemmo avere un periodo di otto giorni liberi da febbre. Furono consultati parecchi Professori Cardarelli, Capozzi ecc. Dapprima non potè definirsi la febbre, ma poi si convenne doverla riferire al tumore. Intanto la Signorina s'era ridotta una larva. Il Professore Cardarelli pregò il padre, scongiurò me a non operarla, sicuro com'era di un'esito infausto, ma la volontà del padre, e la mia fede mi spinsero ad operarla in un periodo, quando la febbre era caduta appena da quattro giorni, ma il polso a sera era di 140.

17 maggio. Cloroformio. Incisione lunga.

Il grande epiploon disteso, assottigliato copriva tutto il tumore fin giù di sopra la sinfisi pubica e fosse iliache. Qui il margine epiploico aderiva al tumore. Una piccola quantità di siero distaccava quello da questo. Fatte alcune piccole legature al cat-cut lacero l'epiploon, e scovro il tumore, il quale preso per uno degli estremi superiori viene cacciato fuori pendendo per lungo, e sottile picciuolo dal corno dritto dell'utero. Si scovre altro tumore, che a forma di un grosso rene giaceva con una metà nella pelvi, e coll'altra nella fossa iliaca sinistra, mostrando una specie di collaretto in corrispondenza della linea del distretto superiore. Nel rimuovere dalla

pelvi quel tumore, l'aria nel penetrarvi produsse un rumore come se si fosse tirato un grosso turacciolo da un grosso recipiente di cristallo. Anche questo secondo tumore pendeva dal corno sinistro per sottile, ma corto picciuolo; che legato, fu affondato. Compiuta la toilette furono posti 13 punti di cucitura.

L'operazione durò appena 35 minuti dal principio della cloroformizzazione sino a completa indicatura.

Nella sera dell'operazione 37,8 polso 120. Senso di benessere, e sonno tranquillo. Alla fine del 2° giorno 39,2, polso 140, del resto tutto bene. Al 3°, 38,6. Al 4° 39,5, ma poi 39, e con scala gradatamente discendente al 10° giorno 37,2, ed allo 11° 36,8. I punti rimossi tutti al settimo giorno. La Signorina entra in piena convalescenza, ed il 12 Giugno, cioè dopo 25 giorni la famiglia la conduce in provincia. Rividi la signorina, che venne a farmi visita nel Settembre ultimo mi sorprese lo stato del suo benessere, e del suo impinguamento.

### Tumori peritoneali.

Sotto questo titolo raggruppo tre storie, che mi sono occorse, due delle quali veramente singolari; e cioè:

1° Una cisti ateromatosa attaccata al peritoneo parietale della regione ombelicale; con fibromi papillari piccoli e numerosissimi sparsi su tutta la superficie peritoneale parietale e specialmente, intestinale; con idrope ascite; ed idrovaginocele in giovanetta nubile. Asportazione del tumore cistico. Guarigione completa.

2° Un' *Adeno-sarcoma del grande omento* con idrope ascite. Guarigione. Recidiva. Dopo 5 mesi drenaggio permanente del cavo addominale. Morte dopo 6 mesi di drenaggio.

3° *Sarcoma sotto-peritoneale delle pareti addominali peri-ombelicali.*

Oss. 1.<sup>a</sup> Nel 1865 i coniugi Vincenzo Giacca e Santa Francese popolani di Afragola presero ed adottarono per loro figlia una neonata da due giorni dell'Annunziata di Napoli, e la battezzarono col nome di Mariannina Giacca.

La Trovatella crebbe sana sino all'età di otto anni, quando cominciò a soffrire per alcuni disturbi al ventre; e fin d'allora le si parlò dal medico d'idrope ascite. Dalla quale guarì spontaneamente, o coll'aiuto, come i genitori adottivi dicono, di certe segrete medicine.

Quattro anni or sono, quando cioè la Mariannina avea raggiunto il suo 16° anno d'età, s'avvide d'una certa durezza proprio in corrispondenza e di sotto la cicatrice ombelicale; durezza, che più tardi ed in certe posizioni potea ben circoscrivere e comprendere colla mano come se fosse un'uovo. Ella poté accorgersi che realmente il tumore cresceva un poco; ma non avendo per questo alcun fastidio, non se ne diè carico più che tanto; se non ch'è nel 1884 (cioè a dire dopo quattro anni del primo fatto) fu colpita dall'incremento progressivo e cospicuo dell'addome tanto che fu creduta, anzi accusata di gravidanza, non ostante il suo stato vergine; e quel sospetto veniva avvalorato dal fatto che erano intercorse irregolarità mestruali, e qual-

che mancanza, mentre le mestruazioni fin dal 13° anno d'età erano procedute sempre regolarmente. Visitata da un medico fu fatta ragione alla sua innocenza; e senza poter definir nulla egli prescrisse dei bagni dolci. Un giorno giacendo nel bagno la giovanetta s'accorse di qualche cosa, che sporgeva dalla sua vulva, ma che poteva colla pressione fare scomparire. Non è stato possibile apprendere con sicurtà, se prima di quell'avvenimento la inferma avesse sofferto od avvertito delle pene, o peso qualsiasi in quella regione.

Il tumore vulvare cresceva, e la riduzione, che prima si manteneva agevolmente, andò facendosi insostenibile, di guisa che la infelice dovè adattarsi ad andare innanzi col quel tumore fuori uscito dai genitali. Allora ricondotta all'Annunziata fu visitata dal Prof. Sabelli, e come poverissima ed abbandonata, me la presentò, ed io l'accolsi nella mia casa di Carità e Salute. La Mariannina è giovane di 20 anni, alta della persona, bene sviluppata, e ben formata, un pò denutrita per privazioni nutritive e dispiaceri, ma nell'insieme la sua salute e costituzione sono buone.

Il suo addome è molto sviluppato. La circonferenza massima in corrispondenza della cicatrice ombelicale è di 104. Si scovre chiaramente una discreta quantità di liquido libero nel cavo peritoneale. Contro la cicatrice ombelicale e profondamente si palpa un tumore della forma, e grandezza di una grossa cipolla, aderente alle pareti addominali; e mobile con esse, ma intraperitoneale, quindi nuotante in mezzo alle anze intestinali e liquido ascitico. Sollevando la cicatrice ombelicale, che risponde al centro del tumore, e con essa le pareti addominali, il tumore si mostra appeso ed aderente a queste per un picciuolo corto; ed è come abbiamo detto di forma regolare, e superficie eguabile, resistente, come una massa solida fibrosa.

Dalla vulva esce un tumore quanto un'arancia, coperto da tutta la parete posteriore della vagina procidente ed arrovesciata, cosicchè la forchetta è risospinta in dietro e di fuori, il fornice anteriore appena riconoscibile di contro il collo uterino abbassato ed anteposto. Il tumore rotondeggiante, molle, fluttuante, riducibile da percussione vuota. Col dito nel retto dopo scacciato il liquido interposto si raggiunge l'utero, ma lo si palpa attraverso un' insolito spessore di tessuto, che non sono quelli d' un setto retto-uterino normale.

Pronunzio la diagnosi di sarcoma parietale intra-peritoneale — idrope-ascite libera consecutiva alla presenza del tumore — idro-vaginocele per forzata discesa del seno del Douglas, lungo il setto vagino-rettale, e procidenza posteriore vaginale. Suppongo il peritoneo del Douglas, ed il connettivo sotto-peritoneale corrispondente molto ispessito. Mostrai quel singolare caso a parecchi Professori.

Un bel giorno mi decido a pungere il tumore vaginale con fine tre quarti dopo la più scrupolosa antisepsi. Estraggo tre litri di liquido; il tumore si riduce e si mantiene agevolmente con un tampone, ed io posso ora studiare meglio le particolarità del tumore peri-ombelicale, e specialmente i suoi rapporti colle anse intestinali, che si mostrano libere da qualsiasi aderenze.

Volendo studiare meglio il caso, ed ottenere un certo rialzamento nei poteri nutritivi della inferma, io rimandai l'operazione ad un tempo indeterminato. Ella migliorò tanto, l'idrope sembrava volersi

ridurre così che non sapendomi decidere a rimandare a casa quella poverella, che i genitori adottivi non voleano più ricevere; e non credendo di dovere passare all'operazione, che non mi sembrava urgente, mi contentai tenerla nella mia casa a tutte mie spese per ben cinque mesi circa dal 1.° Febbraio ai 27 Luglio. Ma poi vedendo riprodotta l'idrope, ed il vaginocele, mi decisi ad operarla nel mattino del 27 Luglio 1885. Assistono i Professori Virgilio, Ruffo e Santulli d'Aversa, oltre i miei soliti ajuti ed assistenti.

Cloroformio — incisione proprio di sotto la cicatrice ombelicale, e quindi quasi contro il punto d'attacco del tumore — incisione piuttosto lunga, perchè le pareti addominali erano piuttosto pingui, ed in previsione anche di difficoltà nella dissezione del tumore dal suo punto d'attacco.

All'apertura del peritoneo viene fuori una discreta quantità di siero limpido color citrino. Afferrato il corpo del tumore colla mano dritta introdotta profondamente nel cavo addominale lo tiro con forza fuori, quasi arrovesciando alquanto la parete addominale. L'impianto del tumore era per l'estensione circa di una moneta d'argento di cinque lire. Colle dita lacero, dissocio, e separo le aderenze. Ligato qualche piccolo vase l'emostasia è completa. Nel fare la toilette del peritoneo scovro un' innumerevole quantità di piccoli tumoretti, o tubercoletti della grandezza di un'acino di canape in generale, bianchi, prominenti ed impiantati su tutta la superficie del peritoneo. Si può dire che non c'era nessun pollice quadrato di peritoneo parietale, e specialmente intestinale senza essere occupato da uno o più di quelle vegetazioni. Colle semplici unghia mi riuscì a scopo di studio di staccare alcuni di quei noduletti dei più grossetti senza avere sangue. Le vegetazioni erano più grosse e numerose quanto più s'andava verso il peritoneo del bacino — anzi il peritoneo del Douglas era così ispessito e vegetante, che colla mano s'avea la sensazione, come se si toccasse una rugosa e papillare mucosa dello stomaco di bue.

Compiuto il più scrupoloso prosciugamento del cavo peritoneale, cucii la ferita addominale, come d'ordinario, con sette punti di sutura profonda, ed alcuni superficiali.

Nella sera la temperatura si elevò a 38.4, e nel mattino susseguente a 38.5 — così si mantenne sino all'ottavo giorno cadendo al mattino a 37.8, e la sera a 38.5 massimo, quando in 9<sup>a</sup> giornata s'elevò a 39.5., ma l'indomani dopo scariche alvine ricadde a 38, e nel giorno appresso alla normale. Al 7° giorno si rimossero tutti i punti.

La trovatella si levò di letto al 13 giorno, ma fu tenuta nell'ospedale per alcune settimane per vedere se l'idrope si fosse riprodotta. Ma tutto andò pel meglio, anzi la giovane si rifece così, e divenne tanto florida che i genitori adottivi la riaccettarono.

Ho tenuto d'occhio quella giovane, che abita nella vicina Afragola. Anzi nell'inverno dell'anno 1885 la sua madre adottiva fu ammessa, ed operata nelle mie sale di Clinica Propedeutica di rino-plastica per epitelioma, e la figlia che veniva a visitare la madre fu mostrata parecchie volte agli studenti; ed il suo stato continuava sempre florido.

Solamente la parete vaginale posteriore si prollassava un poco

negli sforzi del corpo. Laonde era necessario portare una fascia di sostegno.

Il tumore ha addirittura la forme di una grossa cipolla schiacciata. Il peritoneo lo ricovre per intero meno nel suo punto d'impianto. Il peritoneo ispessito, opacato aderisce intimamente al tessuto sottostante in guisacchè è impossibile il separarnelo. Spaccato con un taglio il tumore apparentemente solido s'osserva che nell'insieme l'apparenza è precisamente d'una grande cisti ateromatosa. E di vero una parete d'apparenza e struttura fibrosa, e dello spessore di 5 a 7 m.m: circonda e chiude la cavità ripiena di una massa poltacea densa, giallastra, e costituita da sostanza grassa. Queste apparenze grossolane furono rilevate lì per lì. Ma il pezzo insieme a quei piccoli tumoretti strappati dalla superficie peritoneale andarono perduti senza saper come. Posso aggiungere che non ostante la mancanza d'esame istologico porto la convinzione venutami dopo l'esame ad occhio nudo che quei tumoretti erano delle vegetazioni connettivali fibrose da cronico processo peritonitico.

Difficile è il giudicare la genesi di quel tumore dalle apparenze d'una cisti ateromatosa. Potrebbe venire in discussione la genesi dall'uraco. E di vero l'età giovane della inferma, e specialmente prendendo in considerazione l'epoca, nella quale il tumore fu notato già grosso ed a quella anteriore ancora, nella quale dev'essere cominciato, parla per la genesi congenita del tumore o almeno dei primi anni della vita extra-uterina.

Oss. 11.<sup>a</sup> *Adeno-sarcoma del grande Epiploon con enorme idrope-ascite.*

*Estirpazione di tutto l'epiploon.*

*Guarigione e scomparsa dell'idrope.*

*Riproduzione dell'idrope.*

*Drenaggio permanente dell'Addome, sopportato benissimo dalla inferma per 6 mesi.*

*Riproduzione del sarcoma e ripetizione infelice in molti punti del peritoneo.*

La lunga intestazione della presente osservazione rivela da per sè tutta la sua importanza e ne compendia la storia.

I particolari del caso non sono meno importanti del fatto stesso; è perciò ch'io vado ad esporli colla maggiore scrupolosità e dettaglio.

Una parte di questa storia fu pubblicata dall'egregio mio amico ed allievo Dottor d'Urso nel giornale *La Riforma Medica*, ed invero egli rese conto del caso sino al periodo, quando la signora, guarita della laparotomia, e liberatasi del tutto dall'incomoda e molestissima idrope erasi ritirata contenta in una sua villa. Poco dopo cominciò a ricomparire il liquido ascitico, e nel 22 Aprile a Roma io riferendo il caso al Congresso dei Chirurghi comunicai già che l'idrope cominciava a riprodursi.

D'allora si sono succeduti varii fatti degni di nota; ecco perchè dopo che avrò riprodotto quello che era già stato rilevato dai miei protocolli clinici, e pubblicato, continuerò con quello che si è succeduto d'allora in poi, cioè dal 1.<sup>o</sup> Marzo 1886 oggi (Gennaio 1878).

Carolina Gonzaga, di anni 48, da Napoli, madre di tre figlie già adulte. Mai ebbe a patire malattie di rilievo; solamente negli ul-

timi anni fu tormentata dalla tenia e da ricorrenti catarri intestinali, prodotti dall'uso eccessivo e ripetuto degli antitenici.

Nel Luglio 1885, senza alcun precedente incomodo o molestia, si accorse di un certo aumento di volume del ventre, che d'altronde per sua confessione fu sempre un po' grosso. Nel Settembre dello stesso anno un medico rilevò la intumescenza addominale, e sospettò d'un tumore cistico dell'ovario. Nel Novembre susseguente la signora, osservando il notevole e rapido ingrossarsi dell'addome venne a Napoli, ed io fui tra i primi ad osservarla.

La signora era di florida salute e forte costituzione, alta della persona, ben nutrita. Addome molto voluminoso, ma irregolare, più sviluppato sotto l'ipocondrio sinistro e nel quadrante inferiore destro, schiacciato ai lati ed arcuato molto in avanti, e nella forma generale, come in un voluminoso tumore cistico dell'ovario; cicatrice ombelicale appena appianata; nessuna vena sottocutanea appariscente; nessun cambiamento nella forma colle escursioni respiratorie. Le pareti addominali pingui e distese straordinariamente, non permisero scovire alcun tumore, ed invece poté osservarsi un abbondante contenuto liquido; e, quantunque la forma dell'addome e la irregolarità della linea di percussione avessero potuto prestarsi all'idea di tumore cistico, pure si dovè concludere che il versamento era peritoneale ed in gran parte libero.

I risultati della percussione erano singolari in questo, che il suono ottuso e vuoto sulla linea mediana, si estendeva dal pube fin sopra la cicatrice ombelicale, stando la donna nel decubito dorsale, ed il limite superiore della ottusità discendeva in basso ed ai lati quasi con una curva a convessità in alto. Il flotto da un lato dell'addome al lato opposto era chiaro, ma non così come nelle comuni idrope-asciti. Utero in posizione normale e forse un po' meno mobile di quello che si riscontra comunemente; fornici vuoti e depressibili; flusso mensile regolare. Integrità completa del cuore e dei grossi vasi, del fegato, della milza e dei reni.

I primi medici si pronunziarono per una peritonite essudativa; ma il decorso e lo sviluppo rapido di quell'enorme idrope senza mai ombra di dolori e di elevazione termica, la integrità di tutti gli organi addominali, la normale funzione dell'utero, la irregolarità dei fatti di percussione mi indussero ad avanzare il sospetto di un possibile tumore intraperitoneale, che restava coperto ed occultato in mezzo al liquido. Perciò fu proposta a scopo diagnostico la paracentesi addominale, che d'altronde era richiesta urgentemente.

Il giorno 20 Novembre alla presenza del Prof. De Martini, fu da me eseguita la puntura sulla linea pubo-ombelicale. Si estrassero da 25 a 27 litri circa di liquido lasciandone ancora nel cavo peritoneale una discreta quantità. Il liquido fu esaminato dal Professor Primavera, ed ecco il risultato dell'analisi: p. s. 1020, reazione alcalina, aspetto quasi limpido, colore cedrina; albumina gr. 50 per litro, cloruri gr. 7 per litro; parecchi leucociti ed emasie, alquanto piccoli coaguli fibrinosi impiglianti molti leucociti e qualche emasia, nessuna specie di cristalli nè altro di notevole; pare un tipo di esudato sieroso infiammatorio.

Dopo tre giorni che la signora fu lasciata in riposo colla fasciatura a corpo, si osservò diligentemente l'addome, e nonostante il

mio precedente sospetto, non essendo riuscito a trovare alcun tumore, dovetti convenire col Prof. De Martino, presente alla osservazione, trattarsi di peritonite semplice, non neoplastica.

Dopo 10 giorni il liquido si era in gran parte riprodotto; ma poichè le pareti addominali non erano molto tese, ricercando sempre mi riuscì un bel momento di scovire un tumore profondamente situato in corrispondenza della regione ombellicale e periombellicale sinistra.

Esso chiaramente era intraperitoneale, ed una falda di liquido dello spessore di qualche centimetro lo teneva discosto dal peritoneo parietale, sicchè colla palpazione digitale a piccole scosse si poteva, scacciando bruscamente quella falda di liquido, raggiungere la resistenza del tumore e riconoscerlo pei suoi grossolani caratteri. Appariva appiattito e grande quanto una cipolla schiacciata, e sembrava notarsi un prolungamento verso la fossa iliaca sinistra e piccola pelvi; per cui mi sorse l'idea di un possibile tumore ovarico o periuterino a lungo picciuolo e con aderenze nuove alla parete addominale e complicato ad idrope.

Dopo 28 giorni seconda puntione richiesta dalle sofferenze della inferma: assisteva il Prof. Cardarelli. Puntione lungo il decorso della linea ileo-ombellicale dritta; estrazione di 15 a 16 litri di liquido della stessa qualità del primo. Adesso colle pareti afflosciate dell'addome si può comprendere tra le mani tutto il corpo del tumore, che viene giudicato epiploico.

Fu da noi proposta ed accettata dalla famiglia la operazione, la quale, si fece osservare, avrebbe potuto riuscire solamente esplorativa e con prognosi grave; ma i parenti e la inferma stessa non esitarono un momento.

Il giorno precedente alla fissata operazione io studiando ancora la operanda, notai che l'addome erasi un poco riempito, e scovii a dritta della regione ombellicale un altro tumore più piccolo di quello di sinistra, ma nella stessa positura e rapporti colla parete addominale, anzi un poco più ad esse ravvicinato. La falda di liquido che lo teneva scostato dalla parete addominale era così sottile, che poté in un momento essere creduto aderente o addirittura nel parenchima di essa: questo nuovo fatto fece soprassedere all'operazione.

Nuovi studii e nuovo consulto coi professori Schrön, Cantani, Cardarelli. Il concetto diagnostico più accarezzato dalla maggioranza fu di carcinosi peritoneale multipla, e quei due tumori riconosciuti con tante difficoltà e dopo reiterate osservazioni, non essere che una parte di quello che si avea ragione di ammettere in modo più diffuso e multiplo nel peritoneo; erano cioè i più grossi noduli di ripetizione dell'epiploon (tumore a sinistra) e delle pareti addominali (tumore a dritta). Io però, e con me qualche altro, quantunque imponesse sommamente l'opinione di sì esimii Professori, non vidi chiaro e sicuro in quella diagnosi, pur riconoscendola come la più probabile.

E fondandomi sullo stato generale della inferma, sul modo indifferente come l'addome avea reagito alle punture e maltrattamenti, sulla natura del liquido estratto, sullo stato integro dei vasi cutaneo-addominali, condizioni tutte che pareva non concordassero con

una carcinosi diffusa del peritoneo, non seppi francamente abbandonare la speranza di tumori localizzati all'epiploon, e quindi operabili. Ammaestrato dalla casuistica degli errori diagnostici della chirurgia addominale, mi decisi ad operare coll'obbietto di iniziare una incisione esploratrice, assicurare la diagnosi, e poi o richiudere o procedere alla estirpazione.

L'operazione fu fissata pel 13 Gennaio, nella mia casa di salute allo scopo di usufruire dei mezzi che questa dispone per una sicura asepsi.

Sono presenti il Prof. Schrön e il Prof. Cardarelli; assistono gli ordinarii validissimi aiuti miei: Tarantini, de Bellis, Lordi, Morici, Tricomi, Graziani, Radice, Mirisola. L'operazione comincia alle 2 pomeridiane.

Incisione sulla linea mediana da sotto l'ombellico in basso per la lunghezza di 10 cent.; mano mano che si procede si fa l'emostasia colla ligatura di qualche piccolo vase sanguinante. Arrivato sul peritoneo parietale, s'immerge il grosso trequarti, e si vuota l'addome di buona parte del liquido ascitico.

Col bistori bottonato viene allargata l'apertura del peritoneo per quanto è estesa la ferita dei tegumenti, e colla mano introdotta nel ventre riconosco a sinistra una massa informe, di superficie irregolare, oblunga, che dalla fossa iliaca si estende sino al colon trasverso, avente lasse aderenze col peritoneo parietale a sinistra della regione ombelicale. Il tumore aderisce al colon trasverso; ciò nonostante, deciso ad espletare l'operazione, prolungo l'incisione della parete addominale in alto evitando la cicatrice ombelicale per avere maggiore spazio. La dissezione è difficile in corrispondenza del colon trasverso, che deve essere disseccato delicatamente dal tumore col quale è aderente, sicchè l'intestino, che è ricevuto per una parte della sua semicirconferenza inferiore come in una doccia dalla porzione superiore del tumore, viene denudato dal suo foglietto sieroso in corrispondenza della inserzione del grande epiploon per una estensione di parecchi centimetri: separato il tumore dal resto dell'epiploon circostante praticando delle legature perdute, si completa l'estirpazione di questo primo tumore. Allora si procede alla dissezione dell'altra massa a dritta: le aderenze alla fossa iliaca ed alle pareti addominali a dritta della regione ombelicale vengono disciolte agevolmente; più delicata è la dissezione col colon trasverso sino all'angolo epatico; si fanno altre legature perdute alla seta — in tutto circa dodici —; si toccano generosamente col termocauterio del Paquelin alcuni punti sanguinanti della superficie interna delle pareti addominali dove la massa dritta era aderente. Fatta un'accurata toilette peritoneale, si chiude completamente la ferita con dodici punti di sutura profonda colla seta. L'operazione è durata un'ora circa.

13 Gennaio — ore 5 p. m. Temp. 37°,7 polsi 115, respiraz. 28.

L'ammalata, svegliatasi dalla anestesia, è stata sottoposta ad una iniezione di morfina, e riposa.

14 Genn.—7 a. m. Temp. 38°,7 polsi 140, resp. 32.

Nella notte l'operata è stata tranquilla, ed ha riposato.

È necessario notare che quando l'ammalata fu sottoposta alle

precedenti paracentesi addominali, fu assalita sempre da febbre a 38 pei 2 a tre giorni consecutivi all'operazione.

Id. ore 12 p. m. Temp. 38°,1, polsi 128, resp. 28.

15 Genn. ore 7 a. m. Temp. 37°,5 polsi 120, resp. 28.

Id. ore 8 p. m. Temp. 38°,2 polsi 126, respir. 26.

L'ammalata ha preso una tazza di brodo, ha avuto un vomito mucoso.

16 Genn. ore 11 a. m. Temp. 37°,6.

L'ammalata è tranquilla, non ha avuto più vomiti, ha riposato bene.

Id. 10 p. m. temp. 37°,7.

L'ammalata è alimentata con succo di carne.

Da questo giorno è apiretica. Al 5° giorno si rinnova la medicatura: margini della ferita non congesti; la maggior parte dei punti di sutura hanno aderito per prima intenzione; qualche punto che non ha aderito fa vedere il grasso del connettivo sottocutaneo come in una ferita recentissima; secrezione scarsissima, inodore.

La guarigione della ferita procede regolarissimamente nei giorni successivi, l'ammalata a poco a poco riprende la sua dieta ordinaria e dopo 15 giorni dall'operazione abbandona il letto; ed ai primi giorni di febbraio parte per la sua villa di campagna.

14 Gennaio ore 7 a. m. Temp. 38°,7, polsi 140, resp. 32.

L'ammalata ha riposato a riprese durante la notte; non è affatto agitata. È necessario notare che dopo le due precedenti paracentesi la signora per due o tre giorni ebbe un'elevazione termica a 38°.

Verso la metà di Marzo però l'addome cominciò decisamente a gonfiarsi per versamento libero, e rapidamente a progredire. Sicché la signora dovè tornare in Napoli, e rimandata a Torre del Greco, il giorno 10 Aprile 86 dovè esser punta. Furono estratti poco più di 20 litri di liquido della qualità come sempre.

Il sollievo apportato alla inferma con quella puntura era immediato e cospicuo, ma di breve durata. Difatti dopo otto giorni il liquido versato tornava a mostrarsi abbondante. Le urine scarse e torbide prima della puntura, si facevano poi più chiare ed abbondanti nei giorni susseguenti. Ma dopo i primi quattro o cinque giorni ricominciavano a modificarsi nella qualità e quantità.

La riproduzione dell'idrope fu così rapida che dopo 25 giorni, e per ciò ai 5 Maggio, dovè pungersi una seconda volta.

Ognuno può immaginarsi lo stato della inferma dopo la 3.<sup>a</sup> puntura, che dovè essere praticata dopo 22 giorni, cioè ai 27 Maggio.

Lo stato di dimagrimento e caduta generale di tutti i poteri organici era solenne. Perché non solo deve considerarsi l'enorme quantità di liquido prodotto nell'addome e perduto; ma bensì il fatto che prima d'arrivare alla puntura, la signora era tormentata dalla pressione, dai disturbi digestivi e dall'impossibilità di dormire tranquilla. Il sollievo procurato colla puntura era appena di tre o quattro giorni, ed era ben poca cosa in confronto del perduto.

Già prima dell'ultima puntura io aveva espresso alla famiglia la mia convinzione d'una possibile ed immediata catastrofe, e certamente la signora non avrebbe potuto sopravvivere ad altra puntura. Qualche Professore difatti avea già concesso pochi giorni di vita ancora.

Al 3 Giugno, cioè sei giorni dopo la puntura faccio ricondurre la signora alla mia casa di salute col proponimento, approvatomi dalla famiglia, di procedere al drenaggio permanente dell'addome.

Avea letto come Caillé in America avea drenato addomi ascitici per cirrosi epatica con risultati buoni, abbenchè temporanei. Infermi condannati a letto con gravi sofferenze, e con pericolo imminente di morte, aveano potuto, la mercè del drenaggio, essere liberati da tutte quelle molestie meccaniche del versamento, e ridursi al punto da riprendere le loro occupazioni, e durarla così per otto o dieci mesi per finire poi per esaurimento.

Fu così ch'io concepì la speranza di prolungare la vita della mia inferma, che mi era divenuta amica ed assai interessante l'animo mio.

Mi confortò in quella determinazione un'altra considerazione.

Io ero convinto, e lo sono ancora oggi, che il solo fatto della presenza del liquido dentro il peritoneo, vuoi perchè distende il suo tessuto ed i vasi specialmente, vuoi perchè l'imbibisce, o li stimola meccanicamente, contribuisca ad aumentare la quota del versamento.

Rimosso continuamente il liquido a misura che si versa, il peritoneo resta raccolto, e fuori del contatto continuo dell'essudato. Così l'idrope resta dipendente solamente dalla condizione morbosa primitiva, e nella misura che questa esige, senza il concorso di altri fattori relativi alla presenza e permanenza del liquido. Se la condizione patogenica dell'idrope, per esempio, è uno stato cronico di subinfiammazione essudativa, perchè pel solo fatto del drenaggio non possa quello stato modificarsi, l'infiammazione assumere la forma adesiva, e seguirne così un'obliterazione della cavità peritoneale; oppure una profonda modificazione correttiva del peritoneo, come avviene talvolta spontaneamente? Perchè nel peritoneo non possono avvenire quelle modificazioni che accadono, e che procuriamo noi negl'idroceli, negl'idrotoraci, negl'idrartri ecc. ecc.?

Tutto questo turbinio d'idee, dubbi e speranze tenne agitato l'animo mio pria d'assumere la responsabilità d'altra operazione, che poteva riuscire fatale, e che pur riuscendo non avrebbe avuto che effetti temporanei.

Mi decisi infine a procedere.

La pratica seguita da Caillé non mi persuadeva pel caso mio.

Egli incide col coltello le pareti addominali sulla linea alba, e per l'estensione di tre a quattro centimetri. Per questa incisione, ch'è una vera laparotomia, introduce un grosso tubo a drenaggio, e poi cuce il resto della ferita.

In questo modo è difficile mantenere il tubo ad una costante profondità; facile è il vederlo un bel momento uscire dal cavo addominale. Difficile è rientrarlo, e soprattutto pericoloso, perchè il tubo percorrendo la ferita suppurante può infettare il peritoneo. La ferita addossata sul tubo per mezzo di punti di sutura finisce per divenire larga in proporzione del volume dello stesso, ed allora il liquido ascitico comincia a scorrere tra ferita e tubo, creando degl'incomodi indicibili.

Per tutte queste ragioni, e perchè nel caso mio mi importava sommamente di non maltrattare di troppo quel mal ridotto addome in quella sfinite inferma, io pensai applicare un metodo semplicissimo d'introdurre nel cavo peritoneale un grosso drenaggio,

come io uso fare per alcune cisti d'echinococco del fegato. Con quel procedimento contavo d'avere 1° rapidità, e 2° sicurezza nell'esecuzione, 3° riuscire ad introdurre nell'addome un tubo più grosso assai della ferita, in guisa da chiuderla esattamente, e non permettere affatto passaggio di liquido tra la ferita ed il tubo, 4° ed in ultimo di situare il tubo in guisa da pescare poco nel cavo peritoneale, e da restarvi assicurato in guisa da non esigere grandi cautele o apparati per impedirne l'uscita.

Un grosso e corto trequarti, fortemente curvo (mezzo cerchio di 9 cent. di diametro) fu conficcato perpendicolarmente nella parete addominale a cinque centimetri a sinistra della linea alba, ed a quattro dita trasverse di sopra il pube; pervenuto in cavità fu ricondotto al lato omonimo di dritta, e perforata da dietro in avanti la corrispondente parete addominale. Ritirato il punteruolo del trequarti cominciò a venire liquido per le due aperture della canula, nel corpo della quale esistono parecchi piccoli fori. Allora un grosso e ben resistente tubo fortemente disteso ed affilato venne fatto passare per la canula, ritirata la quale restò il tubo a chiudere, anzi a distendere fortemente le due aperture della puntura. Incomincia a colare del liquido, che raccogliemmo nella quantità di 13 litri circa, e poi chiusi i due corti monconi del tubo con turaccioli di vetro, fu applicata la medicatura jodoformica. Nel fare la puntura e la contropuntura non mi diedi pensiero di cadere nel corpo dei due retti dell'addome. Con quelle atrofiche, distese ed edematose pareti addominali dovetti preoccuparmi d'altro, che di pensare a sparagnare quelle atrofiche masse muscolari.

La Signora non ebbe a soffrire nulla nel giorno dell'operazione, nè negli altri appresso — pochi decimi d'elevazione termica nella prima sera. Il conforto generale, e la nutrizione cominciò in tale guisa a migliorare, che, levatasi da letto al 6° giorno, la povera Signora si credette rinata a nuova vita, e cominciò a fare sogni sul suo avvenire.

Dopo un mese la Signora migliorò così che la sua nutrizione ed il suo aspetto divennero così sani, che anch'io cominciava a lusingarmi e sperare risultati non sperati prima.

Il liquido conserva sempre le qualità di prima, anzi l'albumina dal 60‰ arrivò sino a 24‰. Ma dopo il 4° mese cominciò a divenire più denso, più fortemente albuminoso e di tinta rosea, specialmente quando si eseguivano le pratiche necessarie per sgombrare il tubo dai solidi turaccioli di sostanza neoplastica che l'occludevano, e per rimetterlo ben in posto così da funzionare bene.

Quello che nelle prime settimane ci confortava maggiormente era il vedere come giornalmente aumentava la quantità dell'urina e diminuiva quella del prodotto peritoneale.

Qui appresso è riferita una tabella segnante la graduale diminuzione del liquido coll'aumento dell'urina. Non sono cifre esatte ma approssimative, perchè l'avere più o men liquido dai tubi dipendeva anche da chi la medicava, dalla pazienza, che aveva l'inferma a prestarsi a tutte le manovre necessarie ecc., ma nella somma di tutte le cifre indiscutibilmente era notevole la graduale diminuzione. Le cifre dell'urina sono un pò più esatte.

## CAROLINA CIRELLA — Idrope ascite

Giugno	Siero		Urina		Osservazioni
	raccolto con le punture				
6	Litri	13,000			
7	»	2,500	Litri	0,200	
8	»	2,500	»	0,300	
9	»	2,000			
10	»	0,800	»	0,600	
11	»	0,480	»	0,600	
12	»	0,350	»	0,800	
13	»	0,400	»	1,000	
14	»	0,810	»	1,000	
15	»	0,650	»	1,300	
16	non raccolto		»	0,900	
17	»	0,350	»	0,800	
18	»	0,300	»	1,000	
19	»	0,350	»	1,000	
20	»	0,830	»	1,300	
21	»	0,720	»	1,000	
22	»	0,750	»	1,200	
23	»	0,600	»	1,100	
24	»	0,740	»	1,200	
25	»	0,630	»	1,150	
26	non tutto	0,550	»	1,200	
27	»	0,400	»	1,060	
28	»	0,420	»	1,090	
29	»	0,300	»	1,085	
30	»	0,500	»	1,200	
1	»	0,400	»	1,130	
2		0,500			

Questo stato di cose durò per circa due mesi.

Nei primi giorni i tubi erano aperti mattina e sera; poi una sola volta al giorno, e più tardi, cioè dopo circa due mesi, essi vennero chiusi da tubi di vetro con apertura capillare. Così il liquido colava per filtrazione capillare, ed a gocce; e nei periodi successivi i tubi furono addirittura lasciati aperti, di tal che non fu più possibile raccogliere e misurare il liquido, il quale bagnava lo spesso strato di ovatta, colla quale si copriva l'addome.

Le cose procederon così bene, che la signora si credeva prossima alla guarigione. Ella camminava bene come una sana, assisteva altre inferme, faceva piccoli lavori, uscì parecchie volte in vettura a passeggio per la città.

Ma già verso la fine del 2° mese dalla puntura palpando attentamente quell'addome si potevano ben percepire alcune masse isolate di tumori, alcune all'epigastrio, ed altre ai quadranti latero-inferiori dell'addome.

Verso la fine del 4° mese lo scolo del liquido si faceva di quando in quando difficile per piccole masse di tessuto neoplastico, che si facevano strada pel lume del tubo. Ed un bel momento il liquido addirittura non venne più fuori per alcuni giorni, e l'addome cominciò a rigonfiarsi. Il corpo del tubo era circondato, e fissato da masse neoplastiche. Dovetti decidermi ad allargare l'apertura sinistra dell'addome, e col dito introdotto nel cavo addominale rimettere altro tubo sulla guida dell'antico, dopo che questo fu infossato sin al di là delle masse, che aderenti alle pareti addominali lo affogavano da ogni lato.

Lo scolo del liquido si rimise al suo corso regolare.

Qui è a notare, che, grazie alla buona medicatura, mai s'ebbe marcia dall'aperture del tubo. Anzi esse tendevano sempre a restringersi ed addossarsi al tubo, e la pelle ad introflettersi, cosicchè le due aperture assunsero la forma di due cul di galliera con copertura epiteliale marginale. Così s'intende come tra l'apertura fistolosa e tubo non passò mai liquido, o assai poco ed in rare occasioni; e come perciò non s'ebbe occasione a lamentare inconvenienti od irritazioni sulla pelle per lo scolo continuo del materiale. Giusto da quel periodo, cioè dopo il 4° mese, la signora non ostante il suo subiettivo senso di benessere, e lo stato ottimo della funzione gastro-intestinale cominciò ad emaciarsi, ed avere ricorrenti edemi ai malleoli e pareti addominali, quando precipuamente stava molto all'impiedi, o camminava di soverchio.

Questo peggioramento andò gradatamente accentuandosi, le urine a scarseggiare, l'addome a riempirsi di masse, che la stessa inferma comincia ora per la prima volta a constatare, ed al 4 dicembre 1886, cioè sei mesi circa dopo la puntura, ed undici mesi dopo la prima operazione, la signora Carolina Cirella morì per esaurimento, reso più acuto negli ultimi giorni da ostinata diarrea ed anoressia. Non si poté eseguire l'autopsia regolare; ma fu investigato l'addome attraverso l'allargamento d'una delle aperture, e si da rilevare il totale riempimento del cavo addominale da masse neoplastiche. Alcuni pezzi delle quali insieme ad una piccola sezione d'intestino tenue infiltrato furono raccolti, e studiati coi risultati che qui sotto vado a riferire.

#### Esame anatomico.

La tavola 1<sup>a</sup> è la fedele riproduzione del tumore a metà della sua grandezza naturale, ricongiunte le due metà si ha una configurazione approssimativa di ferro di cavallo. Il corpo del tumore corrispondea al suo attacco al colon trasverso, e le due ali laterali a quelle dell'epiploon.

La superficie di tutto il tumore è irregolare per un grande numero di cisti a contenuto per lo più trasparente, e di varia grandezza, da quella di un pisello, sino ad un piccolo uovo di colombo, sicchè per la sua apparenza grossolana esso può benissimo rassomi-

gliarsi, fatte le debite proporzioni, a quella di un ovaio di gallina.

Il più grosso ha una forma appiattita ed oblunga, una lunghezza di circa cent. 25: la larghezza misura circa 8-10 centim. e la spessore centim. 4 a 5; il più piccolo ha una forma piuttosto irregolare, il suo massimo diametro misura cent. 15.

Dall'aspetto esterno furono giudicati cisto-sarcomi tipici, perchè il contenuto di quelle cisti era in parte sieroso, in parte mucoso e colloideo. Fatti però dei tagli microscopici colorati con metodi diversi, si osservò che in mezzo a uno stroma di tessuto sarcomatoso fuso-cellulare si avanzavano dei tubi tagliati trasversalmente e longitudinalmente, tubi lunghi tappezzati di tessuto chiaramente epiteliale cilindrico con un lume più o meno grande sino ad osservare il primo inizio della trasformazione cistica: sembrava di avere sotto al campo del microscopio il taglio di un adenoma con degenerazione cistica.

In effetti le figure 2 e 3 sono della più evidente dimostrazione, La formazione prevalente è glandolare; e delle glandole si ha proprio la disposizione generale, l'ordinamento e la forma epiteliale.

Epitelio prevalentemente cilindrico, ed in varii punti a diversi strati.

La forma generale è di glandole tubulari, ed appena in alcuni punti si può discutere d'infundibili od utricoli.

Considerando i preparati, si può trarre la convinzione che quel tessuto sarcomatoso dello stroma è un fatto secondario e conseguente alla formazione glandolare.

S'intende che in mezzo a tanta rigogliosa vita e formazione epiteliale il connettivo non può restare addietro ed indifferente. Nel cancro però esso assume una forma chiaramente infiammatoria organizzante o cicatriziale, forse perchè in quel processo i nuclei epiteliali lo invadono, e lo infiltrano direttamente; nell'adenoma invece il processo connettivale è iperplastico semplice, perchè rispettato da quel diretto incitamento indotto dalla infiltrazione epiteliale.

Non volendo andare incontro a difficoltà nello intendimento e spiega della genesi di quel tumore, e volendo accomodare i fatti alla migliore maniera col nostro odierno modo d'intendere certe neoplasie, si potrebbe giudicare quel tumore per un'endotelioma. E considerando la grande ricchezza e disposizione delle vie e vasi linfatici del grande epiploon, si troverebbe agevolmente il fondamento anatomico di quel giudizio.

Ma non si può subordinare e snaturare il fatto obiettivo, quando esso, pur non concordando colle nostre dottrine dominanti, ha nulladimeno una decisa significazione da se.

Se la formazione glandolare nel parenchima epiploico non ci può riuscire bene intelligibile, è per questo men fermo e chiaro il fatto che trattasi là di un'adenosarcoma?

Del resto volendo, si potrebbero concepire delle ipotesi per spiegare la formazione adenoide.

1° Non è possibile escludere, secondo le nostre moderne conoscenze, la possibilità che per aberrazione embrionale, germi glandolari della mucosa intestinale siansi infossati e capitati nel connettivo epiploico.

2° Se le dottrine di Hertwig sulla provenienza del peritoneo dallo strato o foglietto ectodermico fossero state accolte con maggiore favore, niente di più naturale che spiegare quelle formazioni epiteliali nel peritoneo.

Tra i rari tumori epiploici questo in discorso credo che sia assai singolare. Difatti non conosco nella letteratura casi di così precisa significazione.

È di vero il tumore in quistione era così circoscritto che la sua primitiva origine epiploica non può ammettere dubbio.

Non credo che in fatto simili tumori sian rari, ma credo che il caso di trovarli ancora limitati e circoscritti all'epiploon sia raro. Imperocchè ben presto diffondendosi a tutto il peritoneo ed a molti organi addominali, quando s'arriva all'autopsia, il processo è così moltiplicato che è difficile rintracciarne e riconoscerne la sede primitiva. È così che qualcuno ha potuto negare l'origine primitiva del cancro nell'epiploon.

Dico *cancro*, perchè per me è indubitato che alcuni di quei casi dagli autori descritti come di cancri colloidei sieno appunto in origine degli adenomi cistici con formazione più o men pronunziata di tessuto intermedio sarcomatoso. Nè questo giudizio della natura cancerigna, e maligna del tumore è in ultima analisi fuori proposito. — Il caso mio anzi ne conferma l'esattezza.

Difatti la struttura, come ora dirò dei pochi noduli secondarii, raccolti nell'autopsia, e ch'erano attaccati alle pareti dell'intestino, ed al peritoneo parietale, si mostrò addirittura cancerosa, vale a dire l'adenoma nei suoi noduli secondarii avea perduta il suo primitivo ordinamento, avea assunto quello di un'epitelioma, ed in alcuni punti addirittura quello del più atipico ed infiltrato carcinoma. Esaminata la lesione in questo stato non poteva giudicarsi altrimenti che per un'epitelioma dei più infiltrati.

L'osservazione mia però ha questo di particolare, di dimostrare che la lesione è primitivamente un'adenoma dei più tipici, e colle sue ordinarie trasformazioni cistiche, e che più tardi si trasforma in un vero epitelioma o cancro epiteliale.

Oss. III<sup>a</sup>. — *Sarcoma sotto-peritoneale delle pareti addominali della regione peri-ombelicale.*

Questa è una storia semplice e breve.

Nazzarena Diodato di 29 anni, povera contadina di Tagliacozzo (Aquila) maritata e contre figli viventi. Durante la terza gravidanza di tre anni or sono vide comparire a sinistra, e di sotto la cicatrice ombelicale un tumoretto grosso come una nocciuola, duro, indolente, e fissato profondamente nello spessore delle pareti addominali, vi furono applicati molti unguenti e tinture, ma il tumoretto andò sempre crescendo sino al volume attuale.

La Diodato è donna di buona salute e forte costituzione. Nella regione sube-peri-ombelicale sinistra osservasi un tumore grosso più che un'arancia, coperto di pelle distesa sì, ma inalterata; la cicatrice ombelicale è spostata, e volta a dritta. Colla palpazione il tumore da sotto i comuni tegumenti si segue giù profondamente nello spessore delle pareti addominali. Anzi con precisione si nota

che la porzione superficiale pur facendo perfetta continuazione e corpo con quella profonda, n'è però delimitata da una specie di solco circolare, che corrisponde all'anello muscolo-fibroso scavato nel corpo dei muscoli ed aponevrosi addominali, con attraverso il quale la porzione più superficiale del tumore è proceduta verso i comuni tegumenti. Di fatti negli sforzi muscolari mentre la porzione profonda veniva a covrirsi, quella superficiale invece si rende più prominente, ed il collo divisionale fortemente stretto.

A pareti addominali rilassate, ed a decubito dorsale della inferma il tumore anteposto a tutto il pacchetto intestinale si può farlo ballottare agevolmente. — Spinto e depresso colla mano contro la colonna vertebrale, lasciato a se rimbalzava, come una palla di legno, quando dopo averla immersa nell'acqua bruscamente la s'abbandona.

D'altro lato il tumore può essere tutto compreso tra le mani, e risollevato insieme alle pareti addominali. La sua superficie è equabile, ben delimitata, ed à una consistenza piuttosto forte, come un ventre muscolare in forte contrazione.

La storia era precisa per un tumore di provenienza profonda, il quale sfibrate le masse muscolo-aponevrotiche era venuto sviluppandosi superficialmente. Difficilmente avrebbesi potuto ammettere un procedimento inverso. Il connettivo sotto-peritoneale doveva essere stato la sede primitiva; e perciò il peritoneo doveva esservi intimamente aderente. Sulla natura del tumore era poco a discutere. Era un sarcoma ma delle forme dure — un fibro-sarcoma.

Ricordo avere osservato parecchi casi di simili tumori originati nel connettivo sottoperitoneale; e tra questi va annoverato quello che fu pubblicato nei miei primi *Saggi di Chirurgia Addominale*.

Debbo qui per digressione aggiungere che la Signora C. R. della storia relativa ha generato altri due figliuoli, ed al presente gode perfetta salute.

---

La Diodato Nazarena avea altra importante lesione: un'endometrite fungosa cronica, che non era importante per se, quanto per l'abbondante scolo, e le mestruazioni prolungatissime, ma non abbondanti. Per pochi giorni del mese restava senza sangue. Realmente la sua salute non se n'era gran che risentita; ma io non voleva cimentarmi ad una laparotomia senza correggere prima quella molesta condizione uterina. Perciò mi decisi prima ad operarla di raschiamento endo-uterino.

9 febbrajo 1886 — Nella mia casa di Carità, previa dilatazione, come io fo, colla laminaria, passai al profondo raschiamento, ed esteso a tutta la mucosa cervico-uterina. Continua e generosa antisepsi al sublimato. Emostasia e cauterizzazione colla forte soluzione jodica, tampone endo-uterino colla garza jodoformica.

Come quasi costantemente m'è accaduto la guarigione procedè rapida, e completamente apirettica — cessò il sangue, e lo scolo leucorraico.

Ai 25 Marzo — Nella mia casa di salute — Cloroformio — inci-

*D'Antona* — Est. Giorn. Int.

sione verticale sul maggiore asse del tumore. Dopo l'incisione della cute sino alla fascia superficiale scovro il tumore, che disseco del resto colle dita. I muscoli addominali sono dissociati limitatamente; nella loro sostanza è scavata un'ampia finestra, attraverso la quale si fa strada il corpo del tumore. Nella dissezione della porzione profonda viene asportata la corrispondente porzione di peritoneo aderente. Una larga spugna covre e protegge gl'intestini. Dopo poche legature al cat-cut nelle pareti addominali viene cucita la ferita con punti profondi da comprendere il peritoneo. La scorrevolezza di questo permise di portare le sue margini in ravvicinamento da colmare la perdita di sostanza fatta nell'asportazione.

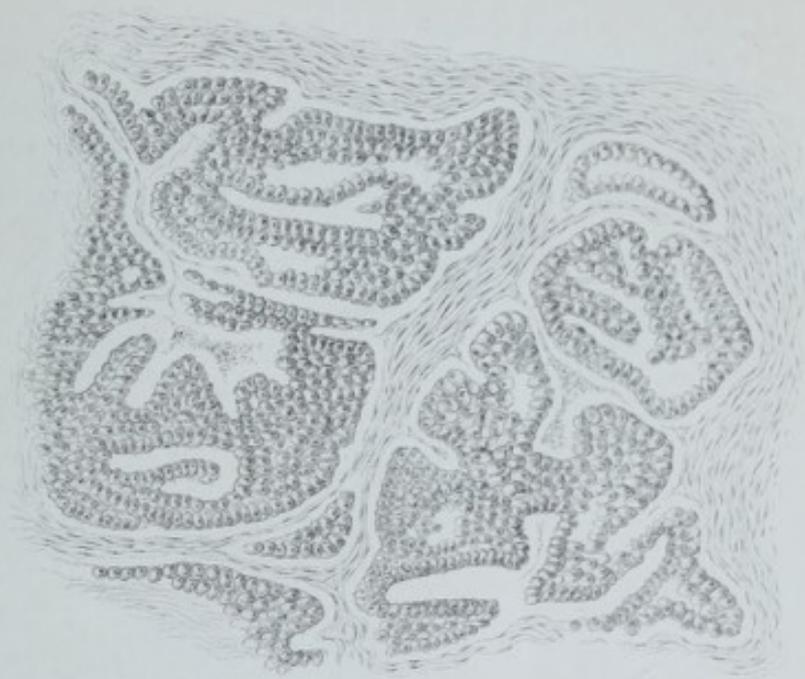
L'andamento consecutivo si riassume in poche parole — riunione per prima salvo nei tre punti mediani — Per questa suppurazione parietale s'ebbero sei giorni (dal 5° all'11°) di movimento febbrile a 38.5 massimo alla sera e 37.8 al mattino. Il tumore era un tipo di fibro sarcoma fusocellulare. Sino a pochi mesi or sono ho avuto notizie della donna, che godeva perfetta salute.

---





*Fig. 2*



*Fig. 3*



