

BIBLIOTECA
LANCISIANA

BIBLIOTECA MEDICA
ROMA
MISCELL.
A 6
6





IN QUALI FORME DI CATERATTA
CONVENGA L'ESTRAZIONE DELLA CAPSULA
INSIEME ALLALENTE

PEL

DOTTOR FRANCESCO MORANO

Docente privato di Oftalmiatria all'Università di Napoli

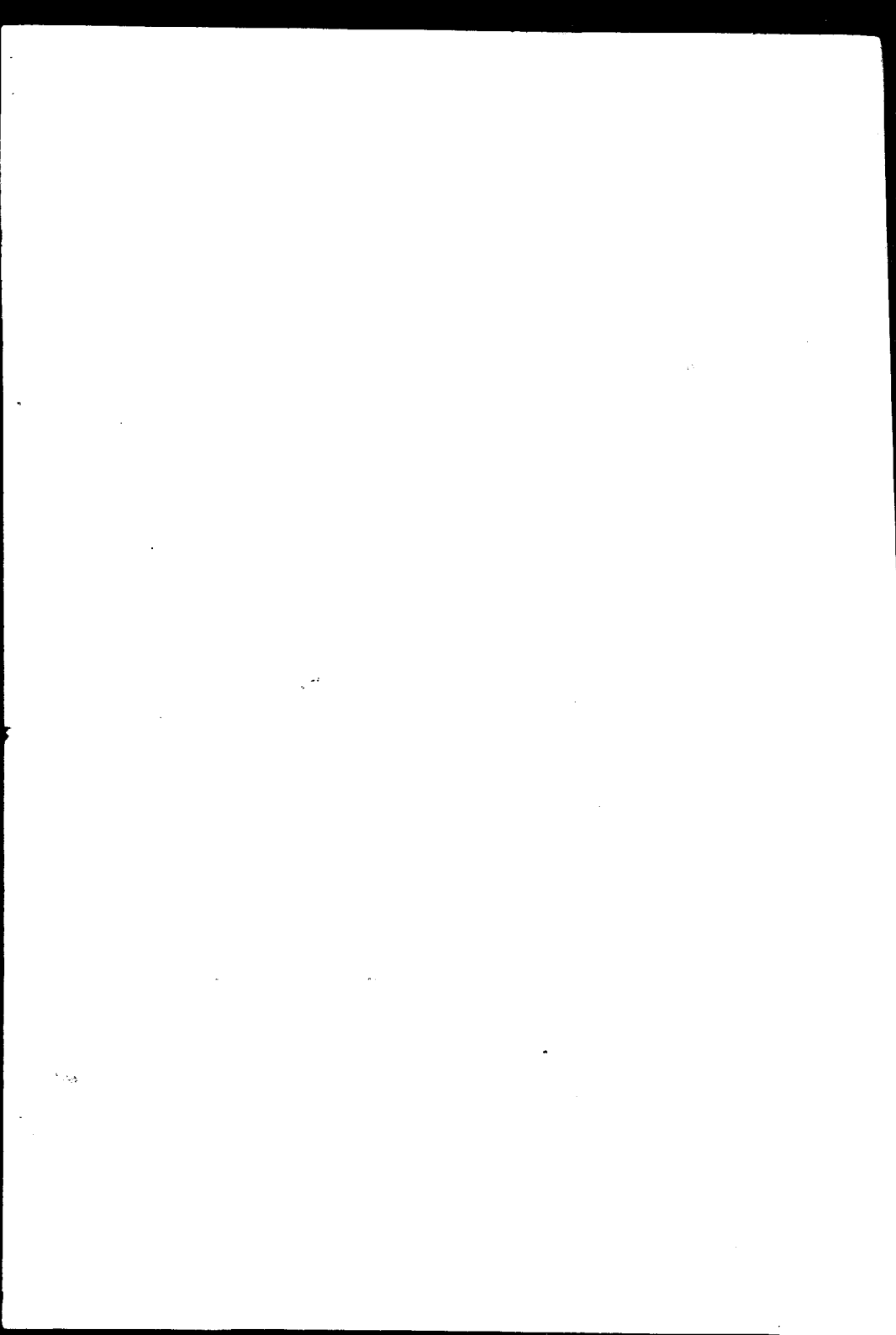
MEDICO-OCULISTA

degli Ospedali Riuniti del Grande Albergo de' Poveri
dell'Ospedale di S. M. di Loreto
dell'Ospedale di S. M. della Vita
dell'Ospizio dei ciechi dei SS. Giuseppe e Lucia
e del Ritiro della Maddalena.



NAPOLI
STAB. TIPOGRAFICO DI VINCENZO MORANO
Nell'Istituto Casanova

1881



IN QUALI FORME DI CATERATTA

CONVENGA L'ESTRAZIONE DELLA CAPSULA
INSIEME ALLA LENTE

PER

Dottor **FRANCESCO MORANO.**

Un'operazione di cateratta può dirsi completamente riuscita quando si è rimossa dalla fossetta jaloidea la lente caterattosa senza una delle possibili complicanze seguenti, cioè:

- 1.° contusione dell'iride e de' margini della ferita corneale:
- 2.° procidenza dell'umor vitreo.

Ad evitare queste due possibili gravi complicanze, l'oftalmologia moderna, dopo le ricerche ed esperienze di GRAEFE, ha stabilito taluni principii fondamentali, su cui riposa essenzialmente il metodo della *estrazione lineare modificata*, e che consistono nella *périfericità* della ferita e nella *iridectomia*. Non è qui il luogo di discutere se convenga meglio far cadere l'incisione col coltellino lineare sulla cornea o sulla sclerotica, nè di ricordare le modifiche arrecate al metodo primitivo dell'immortale oftalmologo di Berlino da' pratici posteriori. Questi notavano, che, non per tanto fosse *lineare* la ferita corneo-sclerale, il suo trasporto direttamente sulla sclerotica nel momento di compiersi il lembo, induceva quasi sempre la procidenza dell'umor vitreo e favoriva una più o meno notevole emorragia per la facile

incisione delle teste de' processi ciliari. Si pensò allora, e GRAE-
FE lo avea presentito, di passare l'incisione sulla cornea,
mantenendo i principii fondamentali della operazione, cioè :
la *linearità* e l'uso del coltellino lineare. Adunque dapprima,
e a poco a poco, il taglio era stato trasportato dalla cornea
su la sclerotica ; poi si pensò di trasportarlo a poco a poco
sulla cornea un'altra volta. Fu questa modifica quasi univer-
salmente accettata, facendosi l'incisione al limite corneo-scle-
rale. — Ne nacque perciò la *Estrazione lineare cheratica*, la
quale non differisce in altro dal processo di GRAEFE, che in
questo : la punzione e la contropunzione si fanno ad 1 mill.
più basso, e quando questo primo tempo è terminato, il ta-
gliante del coltello è più immediatamente girato in avanti, in
modo da fare su la cornea una sezione a picco della lunghezza
di 12 millimetri. — L'altro principio fondamentale sul quale
riposa la sicurezza dell'esito felice del processo lineare modi-
ficato, è l'*iridectomia*. Questa fu escogitata per ovviare alla
iridite, insorgente per la contusione che il cristallino cate-
rattoso determina nel passare attraverso il forame pupillare,
e per la non infrequente panoftalmite verificatasi insieme alla
cheratite purulenta.

Col metodo lineare modificato adunque si ovvia alle infau-
ste complicità della contusione de' lembi della ferita, alla
suppurazione corneale, alla procidenza dell'umor vitreo, alla
iridite : ciò che costituisce la sua superiorità sul metodo clas-
sico a lembo ¹⁾.

Ma il processo della estrazione col metodo lineare modifi-
cato può essere adottato in tutte le forme di cateratta ? — A

1) Riscontra i Trattati più recenti di OTTALMIATRIA, ed il mio Articolo *Cristallino* nella
ENCICLOPEDIA MEDICA ITALIANA.

priori si può asserire. Ma, tenendo presente la classifica delle diverse categorie, in cui va divisa la cateratta, cioè, prendendo per base di questa divisione la sede e la natura delle alterazioni che essa induce nelle varie sezioni del sistema cristalliniano, noi troveremo poco giustificata la adozione di esso in tutte le sue particolarità e in tutti i suoi tempi. Nella cateratta *primitiva*, il cui tipo è la *facosclerosi*, il metodo è indiscutibilmente adottato, ma nella cateratta *secondaria e traumatica*, dipendente cioè da processi flogistici, come la iridite, la coroidite, il glaucoma, il metodo si deve adottare, ma con le dovute modifiche.

E veramente nelle cateratte capsulo-lenticolari, in cui per essudati determinatisi da iridite, da irido-coroidite, da glaucoma, ec. si sono verificate delle complete aderenze tra la superficie posteriore dell'iride e la anteriore della capsula del cristallino, non si potrebbe attuare il metodo lineare modificato senza soffrire una grave disillusione. A guarigione ottenuta, l'infermo potrà godere del beneficio di vedere gli oggetti solo quantitativamente: le pseudo-membrane, o, per dir meglio, la capsula restata in sito, seguirà ad offuscare il campo visivo. Inoltre l'iride non potrà riprendere i suoi normali movimenti; esso per le aderenze con la capsula permane in uno stato di completa anchilosi: la filtrazione dell'umore aqueo da' processi ciliari è lenta; la circolazione collaterale per l'otturazione de' canali linfatici pericorneali è stentata; e quindi l'intorbidamento dell'umore aqueo, e della cornea, non che l'iniezione pericheratica, annunziano che la nutrizione del fondo dell'occhio non è punto normale.

A questi seri inconvenienti vi è un pronto ed efficace rimedio: togliere insieme alla lente cristallina caterattosa il suo rivestimento capsulare.

È da tempo che si discute fra gli oftalmologi, se si debba e si possa estrarre la capsula insieme alla lente caterattosa.

Gl'inconvenienti e le complicanze che un sì fatto metodo arreca nella estrazione della cateratta primitiva, sono ormai risaputi, e la letteratura oftalmologica ci avvisa e la statistica ci conferma se non sia assolutamente da rigettare nella cateratta senile il precetto d'estrarre capsula e lente contemporaneamente. Perocchè a chiunque operatore, per quanto abilissimo egli sia, non è permesso di compromettere la funzione visiva, se non la perdita del bulbo, solo perchè otterrebbe egli una forza visiva più acuta con l'estrarre capsula e lente che con l'estrarre la semplice lente caterattosa. L'ottimo sovente è nemico del buono.

I tentativi fatti da DAVIEL, RICHTER, BEER nel secolo passato, furono ripresi con ardore negli ultimi trenta anni da SPERINO, MOYNE, CHRISTIAEN, DE LUCA, comprendendo nella estrazione della lente per cateratta primitiva tutto l'apparecchio capsulo-lenticolare; però tutti questi operatori praticavano l'estrazione col processo classico a gran lembo, senza interessare l'iride, cioè senza iridectomia. Gli accidenti che erano già gravi perchè inerenti al metodo, divenivano gravissimi con la nuova modifica, perocchè con le pressioni esercitate, quando la sezione si fa al segmento corneale inferiore, verso l'equatore del bulbo in sopra, più agevolmente si favorisce la procidenza del vitreo, l'ernia dell'iride, il distacco retinico, ec. Nè i risultati brillanti ottenuti da parecchi degli operatori predetti, e specialmente quelli del nostro DE LUCA¹⁾, valgono per accettare il metodo in tutte le forme di cateratta primitiva lenticolare o capsulo-lenticolare.

1) *Nuovo processo per l'estrazione delle cateratte capsulari e delle capsulo-lenticolari* — Napoli, 1865.

I fratelli PAGENSTECHER ¹⁾ osservavano che, quando col metodo di GRAEFE si fa il taglio corneale e l'iridectomia, avviene, che, nel momento in cui si esercita la pressione su la parte inferiore della cornea per estrarre la cataratta, la lente apparisce fra le labbra della ferita. Spesso succede che la lente non esce dal forame pupillare, e bisogna ricorrere al cucchiajo, che deve introdursi con precauzione facendolo scorrere contro la parete posteriore della capsula finchè esso tocchi la parte inferiore dell'equatore. Più volte questa manovra non induceva notevoli accidenti; e pensarono perciò di generalizzare l'eccezione, costituendosi ostinati partigiani della estrazione della cataratta con la capsula, e pubblicando una statistica abbastanza estesa per dare una scientifica base al processo che fu da loro detto *Estrazione lineare periferica senza incisione della capsula*. Ma questo metodo, mentre risolveva il problema di estrarre le residuali pseudo-membrane della superficie posteriore della capsula, determinate da alterazione di nutrizione del vitreo, non che quelle occasionate da irido-coroidite, e quindi toglieva gli ostacoli permanenti al libero passaggio della luce sempre che si trattava di notevole ispessimento della calotta posteriore della capsula, o quando la forza di resistenza della capsula è superiore a quella della zonula; veniva giustamente combattuto da WECKER ²⁾ come *brutale*, perchè oltre all'azione brusca del cucchiajo, che, interponendosi tra la capsula e la fossa jaloidea, induce una forte contusione del vitreo, debbono assolu-

1) Die Operation des grauen Staares, etc. 1877.

2) *Therapeutique oculaire*, p. 500 Parigi, 1879: e *Chirurgie oculaire*, p. 83 — Parigi, 1879.

tamente temersi le conseguenze della fuoriuscita dell'umor vitreo e della irido-coroidite per la necessità di ricorrere soventi agli istromenti a trazione, specialmente quando dislocato l'apparecchio capsulo-tenticolare da'suoi freni, cioè dai foglietti della zonula, si reclina nell'umor vitreo sì che non è possibile poternelo ricacciare nè col cucchiajo nè con la pinzetta.

Se non che vi ha talune forme di cateratta, in cui realmente conviene il processo della estrazione del cristallino con tutta la sua capsula : e queste forme per lo più sono le *secondarie*, quelle cioè dipendenti da un processo infiammatorio, o primitivo della capsula e lente, la *fachite*, o sintomatico di irido-coroidite, di glaucoma cronico, che secondo i prodotti delle alterazioni chimiche hanno determinato una cateratta *gipsea, calcarea, ossea, putrida ichorem tenens*.

Questo processo altresì conviene nella cateratta *pseudomembranosa*, nella *glaucomatosa*, nella cateratta *accreta*, che risultano da essudati solidificati sulla superficie della capsula, ovvero da processi flogistici lenti e progressivi che intorbida-no la lente dalla periferia al centro. Conviene tanto più, perchè queste forme difficilmente sono esenti da sinechie, e delle volte la aderenza tra la capsula e l'iride è affatto completa.

Nella mia pratica soventi sono dovuto ricorrere a questo metodo : e trovo ne' Registri degl'infermi che frequentano la mia Clinica privata taluni casi con risultati molto soddisfacenti.

I. DIMURO Pietro, di anni 53, di Muro Lucano, di validissima costituzione, campagnuolo, si presentava alla mia Ambulanza gra-

tuita il 1 gennaio 1881. L'occhio sinistro era completamente sano, ma l'infermo si lagnava di un leggiero offuscamento della vista. L'occhio diritto offriva all'osservazione obiettiva la presenza della cateratta: questa in complesso era di colorito perlaceo, suffusa in qualche punto da macchie pigmentose; instillata l'atropina, solo al segmento interno la pupilla si dilatava ma leggermente; l'iride era quasi tutto sinechiato. La funzione visiva era quasi del tutto abolita; solamente erano avvertiti ad una intensa illuminazione la presenza e i movimenti della mano. L'infermo asseriva che quattro anni fa ricevendo sulla palpebra un colpo di frusta, perdette issodatto la vista; non tardarono i fenomeni reattivi del corpo ciliare, il bulbo s'iniettò notevolmente: i dolori sopraorbitari, la lagrimazione e la iridite cessarono solo dopo otto mesi. — La cateratta adunque era di origine traumatica, capsulo-lenticolare con sinechia posteriore totale dell'iride.

Il 4 gennaio in una delle Sale dell'*Ateneo Cristoforo Colombo* diretto dal Prof. Spicacci procedetti all'estrazione della cateratta con la capsula, assistito da' Dottori Apollonio e Savastano di Agnone e Mammone e Sgrosso, nel seguente modo. Fissate le palpebre e il bulbo, pratico l'incisione corneale come nell'ordinario metodo periferico abbracciando anche un lembo congiuntivale: fo scorrere il sangue, tolgo per quanto è possibile i grumi dalla camera anteriore: allora con un ago da cateratta a discissione ricurvo, ma smusso alla punta, penetro tra l'iride e la capsula; lo giro intorno intorno all'equatore del cristallino per lacerare il foglietto anteriore della zonula: non lacero però il segmento superiore della zonula stessa, quello cioè che corrisponde alla larghezza dell'iride, che nel terzo tempo deve essere recisa. Fo l'iridectomia. In questo momento invito l'infermo all'assoluta tranquillità per evitare le contrazioni de' muscoli estrinseci ed intrinseci del bulbo, contrazioni che potrebbero fare uscire contemporaneamente l'apparecchio capsulo-

lenticolare ed il corpo vitreo per la facile spontanea lacerazione del segmento della zonula non distaccato dall' ago : prendo il piccolo cucchiajo di CRITCHETT, adatto il suo margine inferiore al di dietro dell'equatore del cristallino, e facendo una leggiera e moderata pressione in modo che esso venga ben mantenuto al di dietro della cornea, viene distaccata la rimanente zonula : allora, prendendo col manico di un ago sul segmento corneale inferiore, l'apparecchio capsulo-lenticolare risale nel campo della ferita, senza perdita o spostamento dell'umor vitreo, ed è raccolto dal cucchiajo. Rimuovo l'elevatore, ravvicino i margini della ferita, distendo con la convessità del cucchiajo il lembo congiuntivale reciso, instillo tre gocce di una forte soluzione di atropina e chiudo le palpebre col relativo apparecchio, con filacciche e fascia binoculare.

Dopo 24 ore rimovo l'apparecchio, la ferita è saldata di prima intenzione, nessuna traccia d'intorbidamento esiste nel campo pupillare : solamente noto una leggiera iniezione pericheratica, dovuta alla reazione del corpo ciliare ed al trauma dell'iride.

Instillata frequentemente nel corso del giorno l'atropina, a capo di 10 giorni, i fenomeni reattivi erano spariti, non pertanto che l'infermo fosse vissuto con un metodo igienico niente opportuno, poichè dalla Sala in cui fu operato immediatamente passò ad abitare in un tugurio. Al dodicesimo giorno l'infermo partì pel suo paese nativo guarito completamente, con potenza visiva del tutto normale.

II. DE GREGORIO Lucia, di Sorrento, domiciliata a Napoli, vico Madonna dell'Arco sopra muro N.° 9, di anni 92, di validissima costituzione, affetta da cateratta capsulo-lenticolare completa all'O. S. lenticolare incompleta all'O. D. — Benchè nè all'uno nè all'altro occhio vi fossero fenomeni reattivi, pure una piccola sinechia posteriore al margine superiore interno dell'iride mi fece sospettare

che la cateratta all'O. S. si fosse determinata od accelerata dall'iridite sierosa. Il 7 aprile decorso nel mio Ambulatorio oculistico, assistito da' Dottori Mambone, Apollonio e Sgrosso, procedetti all'estrazione dell'apparecchio capsulo-lenticolare nel modo sopra descritto.

Prima però di lacerare la zonula ne'suoi quattro quinti da dentro in fuori, sbrigliai con l'ago la sinechia per non lacerare nel momento dell'iridectomia la capsula. I tempi in cui ya divisa la tecnica operativa, cheratotomia, lacerazione della zonula, iridectomia, espulsione dell'apparecchio capsulo-lenticolare, vennero compiuti con la massima celerità senza procidenza dell'umor vitreo. Fu prontamente, dietro istillazione dell'atropina, coattata la ferita, fasciato l'occhio. L'inferma solamente dopo 48 ore ritornò all'Ambulatorio: l'occhio non presentava notevoli fenomeni reattivi: nel campo pupillare esisteva un piccolo grumo di sangue: la ferita pericorneale col lembo congiuntivale era completamente cicatrizzata. Contava le dita, e distingueva le une dalle altre. Il giorno seguente continuavano gli stessi fatti: prescrissi le instillazioni frequenti di atropina. L'inferma non venne più all'Ambulatorio. A capo di due mesi, con mia sorpresa la riveggo, venuta a presentarmi un'altra caterattosa. La rimproverai per non essere più venuta, e mi rispose che *siccome ci vedeva bene credette non necessario venire da me a medicarsi*. In fatti mi assicura, che, dopo 4 giorni dalla praticata operazione riprese le sue abituali occupazioni. L'occhio è completamente sano; la forza visiva è normale.

III. CISTERNINI Pasquale fu Giovanni di anni 76, di Napoli, abitante alla strada Anticaglia, N.° 9., di valida costituzione, affetto da cateratta capsulo-lenticolare completa all'O. D., nucleare incipiente all'O. S. — Racconta l'infermo che parecchi anni fa, in seguito ad urto riportato alla regione sopraciliare diritta, la vista si andò a poco a poco abbassando finchè non ci vide più. Non si tro-

vano tracce d'iridite pregressa, ma l'anamnesi fa supporre essersi trattato di fachte traumatica. Il 27 febbrajo 1881, procedetti alla estrazione dell'apparecchio capsulo-lenticolare col metodo sopra-descritto, assistito da'miei allievi Mammone e Sgrosso e dal Dottore Apollonio. Non fu deplorato nessuno incidente e nessuna complicanza. Dopo 48 ore, rimossa la fasciatura, la ferita era cicatrizzata di prima intenzione; e l'infermo contava le dita; ma notavasi una leggerissima reazione ciliare, che dopo 7 giorni sparì sotto l'uso frequente delle instillazioni di solfato neutro di atropina. A capo di 10 giorni, fatto un saggio con le lenti da cateratta, l'infermo distingueva perfettamente gl'indici dell'orologio.

IV. DE FAZIO Rosa di Aprigliano in Cosenza, di anni 64, affetta da cateratta secondaria all' O. S. (capsulo-lenticolare) per iridite simpatica, determinatasi in seguito di panoftalmite sofferta all' occhio diritto, in cui venne da altri, in provincia, praticata l'operazione della estrazione della cateratta con esito infausto. — Benchè già notassi leggiero rammollimento dell'umor vitreo, praticai il giorno 12 maggio ultimo l' estrazione della cateratta, assistito dai Dottori Sgrosso, Mammone e Calvello, cercando di staccare con un ago smusso l'iride già completamente sinechiato senza lacerare la capsula; fu distaccato in effetti ne'suoi quattro quinti al segmento inferiore: e dopo feci l'iridectomia. Ritirando la pinzetta fuoriuscì rapidamente il cristallino caterattoso con gran parte dell'umor vitreo. Introdotta la pinzetta potetti fissare e asportare una buona porzione della capsula. Instillai poche gocce di Solfato neutro di eserina, ed applicai la fasciatura. Dopo 24 ore il bulbo per la riproduzione dell'umore aqueo avea acquistato la sua forma normale, ed il lembo congiuntivale era quasi cicatrizzato: la camera anteriore era piena di sangue. Ordinai al D.r Calvello che facesse le frequenti instillazioni di Atropina, e mantenesse la fasciatura compressiva.

Il sangue versatosi nella camera anteriore dopo 10 giorni era assorbito, e notavo nella pupilla artificiale qualche residuo di capsula. L'inferma distingueva le dita, ed era in grado di poterle contare. Persisteva però una notevole reazione del corpo ciliare; e quindi un leggiero rammollimento del bulbo. Ho prescritto perciò la fasciatura compressiva e le istillazioni di atropina.

V. AUSIELLO Rosa, di anni 53, di Napoli, abitante al vico VIII. Duchesca N.º 5, di valida costituzione, venne operata il giorno 9 giugno all'O. D. di cateratta capsulo-lenticolare con una piccola sinechia posteriore al segmento superiore. Assistito da' Dottori Sgrosso, Abbate, Calvello ed altri giovani, procedetti all'operazione estraendo capsula e lente, senza avere a deplorare nessun accidente. Dopo 48 ore rimossi l'apparecchio: notai cicatrizzata la ferita congiuntivale, molto sangue nella camera anteriore e nella pupilla, ma l'inferma distingueva esattamente le dita. Ora il sangue è del tutto riassorbito, ma all'orlo pupillare inferiore si nota un piccolo lembo di capsula. L'operata distingue gl'indici dell'orologio. Frequenta tuttavia le medicature del mio Ambulatorio.

Molti altri esempi di operazioni da me praticate col suddetto metodo potrei riferire. Ma io credo che essi possano essere sufficienti per dimostrare:


1.º Che l'estrazione della capsula col cristallino caterattoso è assolutamente necessaria quando esistano aderenze della capsula con l'iride nelle cateratte secondarie o traumatiche:

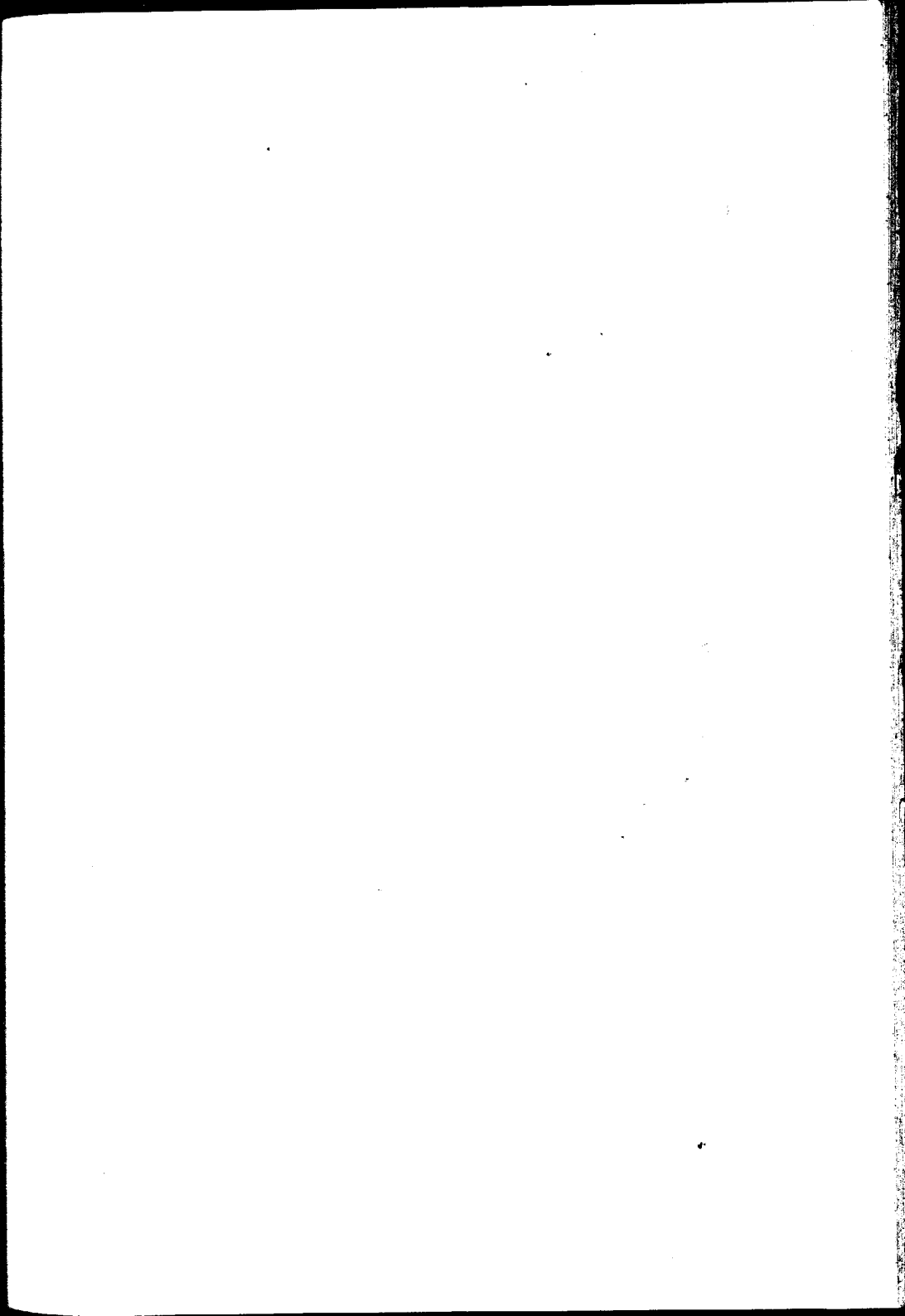
2.º Che l'estrazione della capsula, oltre che rimuove qualunque causa di reazione ciliare sempre che essa più o meno inspessita operi come corpo estraneo nel campo pupillare, facilita il riassorbimento degli essudati disposti in foggia di pseudo-membrane, che, risalendo nel campo pupillare, ingombrerebbero la via al libero passaggio de'raggi luminosi.

3.º Che col distaccare la capsula dal suo sostegno naturale,

la zonula, si rimuovono, sempre che la cateratta secondaria abbia per compressione indotto delle modificazioni all'epitelio del corpo ciliare, gli ostacoli alla libera filtrazione dell'umore aqueo, e si migliora la circolazione non solo nel canale di Schlemm ma ne' canali linfatici pericorneali; s'impedisce cioè l'otturazione delle vie linfatiche, il quale è tanta parte delle manifestazioni glaucomatose.

Io poi sono convinto che, meno nelle condizioni surriferite, l'estrazione della capsula con la lente non va esente da pericoli, e che nella cateratta semplice primitiva la statistica oramai ci istruisce di accettare il processo della estrazione del cristallino senza la capsula.





LAVORI OFTALMOLOGICI

PUBBLICATI

DAL DOTT. FRANCESCO MORANO

1. Studio sui nervi della **Congiuntiva oculare** (lavoro eseguito nel laboratorio di Patologia sperimentale del Prof. *Stricker* a Vienna, con una Tavola; pubblicato eziandio nell'Archivio di Oftalmologia di *Graefe*).

2. **Dello Strato pigmentoso della Retina** (lavoro eseguito sotto la Direzione del Prof. *Boll* nel laboratorio di Fisiologia sperimentale del prof. *Du-Bois-Reymond*, in Berlino, e pubblicato nell'Archivio di anatomia microscopica di *Max Schultze*, e nel *Berliner klinischen Wochenschrift*; con una tavola).

3. Di una mia ipotesi nella Teoria della visione.

4. **Ricerche manometriche sulla Pressione endoculare** (Lavoro letto al Congresso degli Oculisti in Heidelberg nel settembre del 1871).

5. Studio sul Tracoma — Patologia dei Follicoli congiuntivali. Con una tavola (lavoro eseguito nel Laboratorio del Prof. *Paladino*).

6. **La visione con gli occhi composti e la ricerca di Leeuwenhoek**, per prof. *Boll*, tradotta.

7. Osservazioni cliniche.

8. **Del Linfoma della congiuntiva** — Embriogenesi ed anatomia comparata dei follicoli congiuntivali — Patologia e Terapia del Linfoma. (Questo lavoro, pubblicato eziandio negli annali di Oftalmologia del prof. Quagliano venne tradotto in francese negli *Annales d'Oculistique* di Brusselle sett.—ottobre 1875; ed il traduttore *Halténhoff* di Ginevra, lo ha dichiarato il migliore fra i lavori di Oftalmologia pubblicati nel 1875).

9. **Della guaina linfatica de' vasi della Coroidea** (lavoro eseguito nel gabinetto di Anatomia patologica, diretto dal prof. *Schrön*, letto all'associazione de' Naturalisti e Medici di Napoli).

10. **Ueber die Lymphscheide der Gefässe der Chorioidea** Sep-abdr. a. d. Centralblatt f. d. wissensch. Medicin. 1874 N.º 1 in Berlin).

11. **Degli istomi dello strato pigmentoso della retina.** (Lavoro letto alla predetta Associazione).

12. **Stomata in der Pigmentschicht der Retina** (Sep. abdruck a. d. Centralblatt f. d. wissensch. Medicin, No. 5, 1875).

13. **Intorno ai corpuscoli di Krause della Congiuntiva.** (Lavoro letto alla medesima Associazione).

14. **La congiuntivite e le sue forme.**

15. **Degli effetti dell'eserina.**

16. **Sezione istotopografica della Congiuntiva umana.**

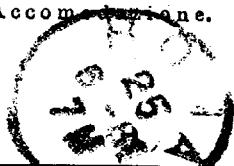
Lavori pubblicati nella **Enciclopedia medica italiana**:

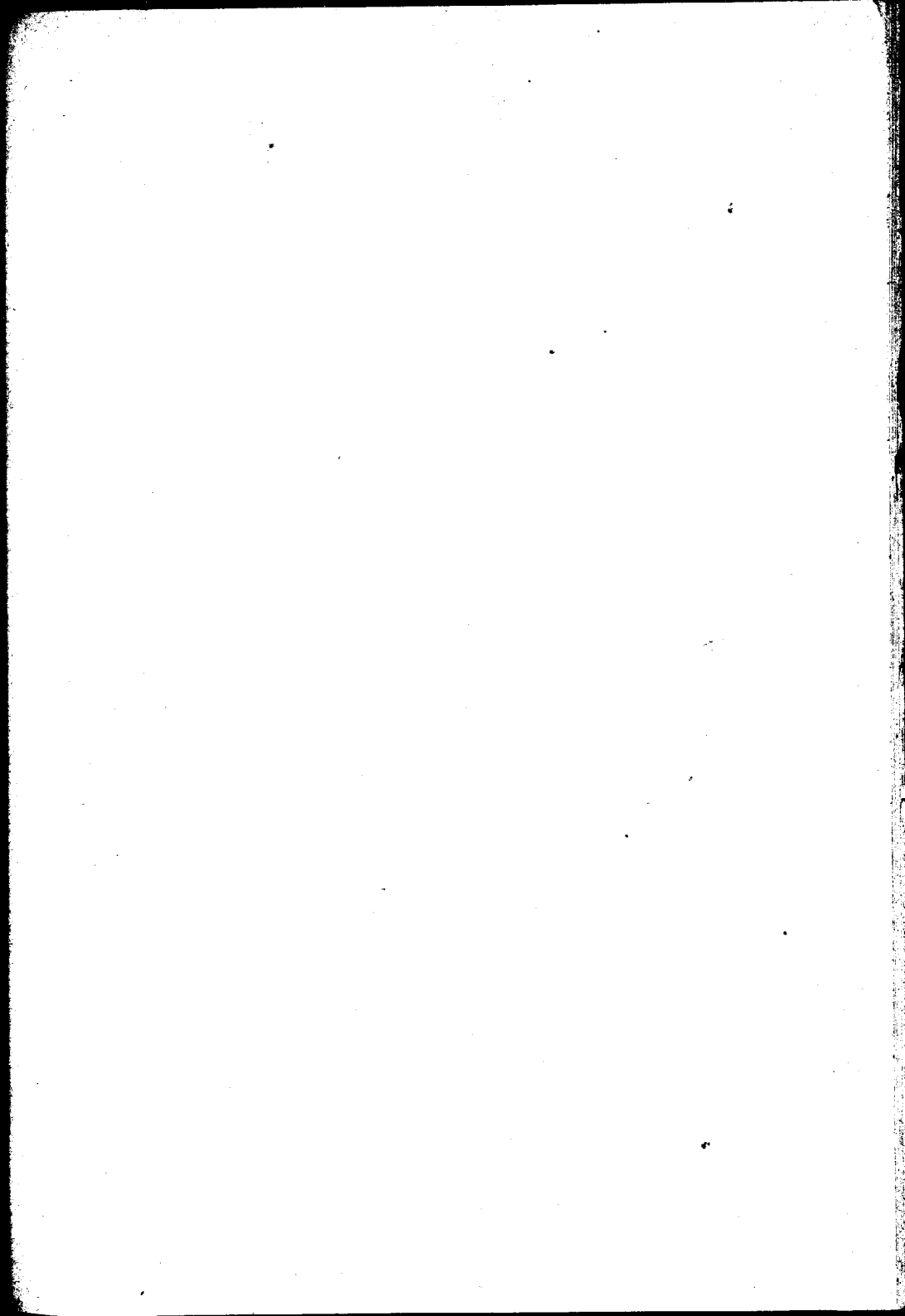
17. **Congiuntiva: Istologia, Fisiologia, Patologia e Terapia** — È un lavoro di 200 pagine con 2 Tavole litografiche.

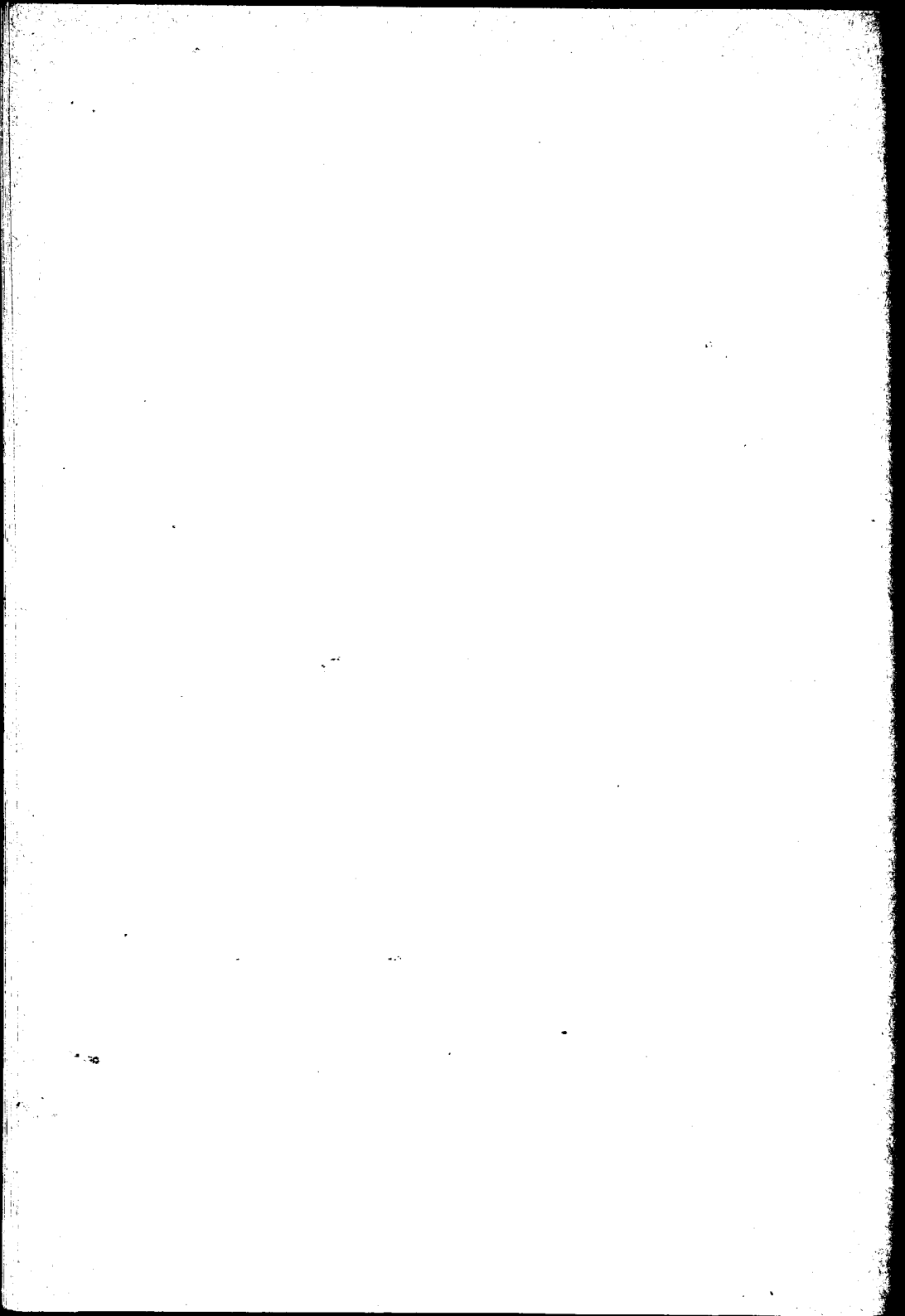
18. **Coroide: Istologia, Fisiologia e Terapia.** È un lavoro di 150 pagine con 8 Figure intercalate nel testo.

19. **Cristallino: Istologia, Fisiologia, Patologia e Operazioni.** È un Lavoro di 200 pagine con molte Figure intercalate nel testo.

20. **Diottrica: Anomalie della Rifrazione e Accomodazione.**







FORNARI FEDERICO

Chirurgo egual-primario in Ascoli Piceno.



LAPAROTOMIA

ED

AMPUTAZIONE UTERO-OVARICA (POST PARTUM)

per rottura della matrice
e per incarceramento di anse intestinali.



Estratto dal *Raccoglitore Medico* serie IV vol. XIV n. 12-13.

Tip. Democratica.

La storia del caso che mi accingo a narrare dimostrerà le ragioni che ci consigliarono di proporre e di eseguire una così arduosa operazione. Sarò breve nell'esposizione volendo occuparmi solo dei fatti più importanti.

Clotilde Battistoni, d'anni 27, rachitica in 1° grado, diciotto mesi or sono si sgravava di un feto che le veniva estratto morto dopo lunghe e faticose manovre.

Il giorno 3 corrente aprile, giunta al termine di una 2^a gestazione, fu presa dai dolori del parto — Dilatatosi completamente l'orificio uterino, rottesi le membrane, vedendo la levatrice che la testa del feto, per quanto fossero forti le contrazioni, non scendeva nel piccolo bacino, fece chiamare circa le 10 pom. il mio egregio collega dott. Alessandro Ferranti, il quale applicò tre volte il forcipe allo stretto superiore ma sempre inutilmente. Considerando allora che il feto era ancor vivo, per non ucciderlo preferì alla craniotomia il rivolgimento podalico. che non potè terminare stanco dalle manovre sostenute; sicchè a mezzanotte mi fece soprachiamare.

Portatomi sul luogo, sebbene l'utero (che era in obliquità anteriore) fosse contratto, pure potei completare il rivolgimento (trovai la presentazione della spalla destra,

in 2^a posizione); l' estrazione però delle spalle e della testa fu faticosissima — Il feto nacque morto — Dopo aver rimossa la placenta, tornando ad esplorare la cavità uterina, la mano incontrò molte anse intestinali. Mi provai di ridurle nel cavo dell' addome ma invano, perocchè la contrazione spastica dei bordi della rottura le aveva incarcerate. Intanto l' utero seguitava a contrarsi (come se contenesse un altro feto) cagionando alla donna acerbissimi dolori. Alcune delle anse discesa nella vulva col suo color cianotico indicava l' intensità dello strangolamento. Il ventre era dolente alla pressione, la matrice tesa, resistente, rigida, andava sempre più riducendosi, i polsi si facevano piccoli, frequenti, filiformi, il viso era pallido, le labbra bluastre, la fisionomia era quella di chi molto soffre — Questa ipercinesi dell' utero che rare volte si verifica nelle rotture di esso per il rapido insorgere della paresi, io credo debba attribuirsi alla segale cornuta somministrata precedentemente. Prescrivemmo tre grammi di cloralio nella lontana speranza che penetrato nel circolo e convertitosi in cloroformio ci desse l' acinesi; dico lontana speranza perchè il cloroformio come l' etere non sospendono le contrazioni dell' utero.

Intanto rifletteva che perdurando l' incarceramento delle anse intestinali, per evitare una morte sicura che sarebbe avvenuta fra poche ore, onde ridurle bisognava ricorrere alla laparotomia e forse anche alla sutura della matrice. Ma eseguita la prima, l' infelice Clotilde si sarebbe trovata in condizioni peggiori di una donna che avesse subito il taglio cesareo, poichè è ben più grave una lacerazione dell' utero che una ferita incisa praticata secondo le regole dell' arte. Stabilito dunque che persistendo l' incarceramento era necessario di ricorrere alla gastrotonomia, e considerato che dopo questa, la donna si sarebbe

trovata in condizioni di chi ha subito l'operazione cesarea, mi venne l'idea del Porro, l'idea cioè dell'amputazione utero-ovarica per togliere la donna dallo stato del puerperio.

Feci simile proposta al collega Ferranti ed ai parenti della Clotilde, i quali l'accettarono vedendo che sempre più si aggravava lo stato dell'inferma. Sicché alle 2 ant. del 4 aprile, spinti alla sollecitudine dal continuo peggiorare della donna che era stata presa anche da vomito-ostinato-di materie biliari, *preparato il più necessario*, in compagnia dei colleghi dott. Giovanni Morelli e dott. Ignazio Cantalamessa, in una stanza a pianterreno, sul margine di un letto incomodissimo io e Ferranti, previa leggiera cloroformizzazione, incominciammo l'atto operativo.

Dopo aver siringato l'operanda, ed aver ben lavato il ventre con soluzione fenica al 2 0/0, fu praticata sulla linea mediana delle pareti addominali un'incisione lunga dall'ombelico alla sinfisi del pube. Appena aperto il peritoneo uscì fuori circa un litro di liquido siero-sanguinolento a cui andavano uniti dei grumi. Preso l'utero (che si era già abbastanza involto) sul fondo con la destra, lo portammo fuori dell'addome, ed osservammo che la rottura, situata nella metà inferiore della sua parete posteriore (regione più esposta alle crepature) partiva dal centro e si estendeva fin sopra a due o tre centim. dall'orificio. Essa rottura presentava una forma ad y un po' rovesciato, cioè aveva due direzioni, l'una più piccola perpendicolare all'orificio, l'altra più grande obliqua da basso in alto, da sinistra a destra; questa si estendeva quasi a tutta la parete posteriore — Ridotte le anse e sospintele in alto, quivi furono contenute dalle palme di due mani perchè non fuoriuscissero dal cavo addominale.

Quindi, pria di procedere all' amputazione dell' utero, ricordandomi che i vasi (ed i nervi) che ad esso si recano e ne partono camminano fra le due lamine dei legamenti larghi, siccome la lacerazione obliqua ci impediva una forte costrizione mediante serranodo perocchè v' era il pericolo che si fosse ingrandita, feci la sezione di essi nel modo che dirò. Respinsi il lato sinistro dell' utero nella cavità addominale per meglio tirar fuori il destro con il suo legamento largo; dipoi con l' ago di Cooper passammo due fili di seta fenicata alla distanza di un centimetro fra loro sotto l' estremità esterna delle ovaie destra abbracciando tutte e tre le alette: stretti i due cordoncini, recisi fra di loro; quindi tornai a passare i suddetti fili più in basso in modo da comprendere quasi tutto il legamento largo, e tagliai di nuovo su di esso, cosicchè la matrice rimase libera nel suo lato destro: la stessa manovra fu ripetuta sul legamento largo sinistro, dopo di che, rovesciato l' utero in avanti, con robusto filo lo circondammo di un laccio sopra la vagina, laccio che fu stretto a mano — Nell' amputazione dell' utero non si ebbe emorragia alcuna; il moncone era ischemico per cui non fu allacciata la più piccola arteria.

Donde tale ischemia? No certo dal laccio sopravaginale, ma dalle quattro doppie legature fatte precedentemente nei legamenti larghi, sulle cui superfici di sezione vedevansi per ciascun lato tre arterie (colle loro rispettive vene) grandi come penne d' oca. Questi vasi erano appunto l' arterie uterine (di maggior calibro) che vengono dalla iliache interne, le utero-ovariche (di mediocre grandezza) che partono dall' aorta, e quelle (le più piccole) che accompagnano i legamenti rotondi e che vengono generalmente dalle epigastriche. Le suddette arterie raggiungono l' estremità esterna dei legamenti larghi, si insinuano

nello strato cellulare che trovasi fra le due lamine muscolari-sierose che li compongono, e raggiungono il lato corrispondente dell' utero — Cosichè mentre colle allacciate più esterne, fatte in massa sui legamenti larghi, si ottiene l' ischemia dell' utero e si rende quasi inutile il cingolo sopravaginale, con quelle più interne si impedisce che il sangue dei plessi venosi possa (dopo l' incisione del legamento) imbrattare il campo dell' operazione e versarsi nell' addome — Qui però giova riflettere che l' arteria uterina passa sul bordo inferiore del legamento largo, per cui il secondo laccio deve essere messo molto in basso per assicurare l' emostasi. Se dovessi un' altra volta eseguire un' operazione di questo genere, per incontrare minori difficoltà, praticarei la segmentazione dei legamenti larghi non sul lato esterno delle ovaie ma sull' interno cominciando in corrispondenza del loro legamento. In tal guisa l' operazione si ridurrebbe da *gastroforisterectomia* a *gastristerectomia*, lasciando nel bacino quasi interi i legamenti larghi colle loro ovaie, trombe, e legamenti rotondi.

Per la forma della rottura il laccio sopravaginale, come ho detto, fu messo molto in basso, cioè sopra il livello dell' orificio uterino; e l' utero fu amputato poco sopra la vagina; sicchè stante la brevità del moncone cervicale questo non si potè fissare all' angolo inferiore della ferita, ma venne affondato nel piccolo bacino come fecero il Taylor di New York, il Veit, ed il Litzmann — Minacciati dal collasso, non avemmo tempo per applicare il drenaggio addomino-vaginale; ma fatta la pulitura del peritoneo, e riuniti i cinque fili sulla commesura inferiore dell' incisione del ventre perchè funzionassero da drenaggio addominale, venimmo alla sutura nodosa delle pareti con punti di seta fenicata mercè l' ago

di De-Roubaix (1. e sopra v' applicammo un apparecchio di medicatura antisettica — Tranne il polverizzatore si usò il metodo di Lister.

Durante l'operazione, che tutto compreso si protrasse circa un'ora e mezzo, la donna fu travagliata da vomito che non volle mai cedere: ad esso si unì il singhiozzo nelle ultime ore.

Credo cosa superflua trascrivere il breve diario; dico solo che la peritonite già ordita pria della laparotomia, come lo indicavano lo stato irritativo dell'utero e del peritoneo, fece il suo terribile corso d'invasione, ed uccise la donna con la sua azione paralizzante dopo 31 ore dalla operazione. L'autopsia non ci fu concessa, perciò nulla posso dire di preciso sul vizio di bacino.

È questa la 4^a amputazione utero-ovarica praticata per rottura della matrice (2. Le altre tre furono eseguite (tutte però pria del parto, sicchè sarebbe la prima *ovari-sterectomia post partum* fatta per incarceramento di anse intestinali) l'una dal dott. Oscar Prevôt il 21 novembre 1878 a Mosca su donna di 33 anni in quinta gravidanza, inebbrata, dopo 10 ore di travaglio (donna e feto morirono); la 2^a il 3 marzo 1880 in Utrecht (Olanda) dal dott. I. Halbertsma per rottura dell'utero (da

1) L'ago di De-Roubaix ossidandosi facilmente si guasta, e come ago costa molto. In vece sua credo si possa usare un lungo ago semplice con manico, avente la cruna uno o due centimetri sotto la punta.

2) Il mio amico e collega dott. Federico Alessandrini in una Memoria letta agli Accademici dell'Ateneo di Brescia nell'adunanza 20 aprile 1879 propose l'amputazione utero-ovarica-cesarea per rottura completa del corpo e del fondo dell'utero durante il soprapparto essendo integri gli orifici, e il segmento inferiore; riconosciuti i segni della vita del feto, e verificato essere difficile e pericolosa l'uscita del medesimo per le vie naturali. La proposta fu accolta dal Porro.

tentativi infanti di versione in presentazione di spalla), e deformità della pelvi, salvando madre e feto; la 3^a il 3 settembre 1880 dal dott. Alessandro Ramsauer in Iron Station (Nord Carolina-Stati Uniti d' America) per neoplasma della fossa di Douglas; fu salvo solo il feto che si trovava nella cavità addominale. Il dott. Halbertsma potè fissare il peduncolo alla ferita addominale, cosa che non fu possibile a noi, e che tanto desideravamo sapendo che tutte le volte in cui esso fu lasciato nel bacino s' ebbe sempre un cattivo risultato.

L' operazione descritta fu quella del Porro? Alcuni risponderanno negativamente; dicendo che l' operazione Porro non è altro che l' antico taglio cesareo (per cui si richiedono le stesse indicazioni) completato dall' amputazione utero-ovarica, onde togliere la donna dallo stato del puerperio. Ebbene quantunque nel caso nostro non vi fosse alcuna indicazione della gastro-isterotomia, nè l' isterotomia sia stata fatta, pure considerando che dopo la laparotomia — necessaria per la riduzione delle anse intestinali — la donna si trovava (come dissi) per la rottura dell' utero nelle condizioni (forse peggiori) di colei che avesse subito il taglio cesareo, veniva da sè l' idea del Porro, l' idea cioè di amputare l' utero per sottrarre la donna dallo stato del puerperio. Se dunque la nostra operazione non fu un complemento del taglio cesareo, ebbe però lo stesso scopo, lo scopo cioè che si propose l' ostetrico di Pavia (quello di far sparire il puerperio) per evitare un processo puerperale; ed è per questo che io credo debba classificarsi fra le operazioni del Porro nella cui statistica generale, se non erro, sarebbe la 69^a ed in quella italiana la 31^a.

Ascoli Piceno 23 Aprile 1881.

2910



