



INICA E POL

Dir.

Sopra un caso di cancro iniziale dell' utero

Sopra di un caso di anomalia di sviluppo nella sfera urogenitale

Contributo di chirurgia ginecologica e ricerche istologiche
sopra alcuni casi clinici.
Laparotomie e isterectomie vaginali



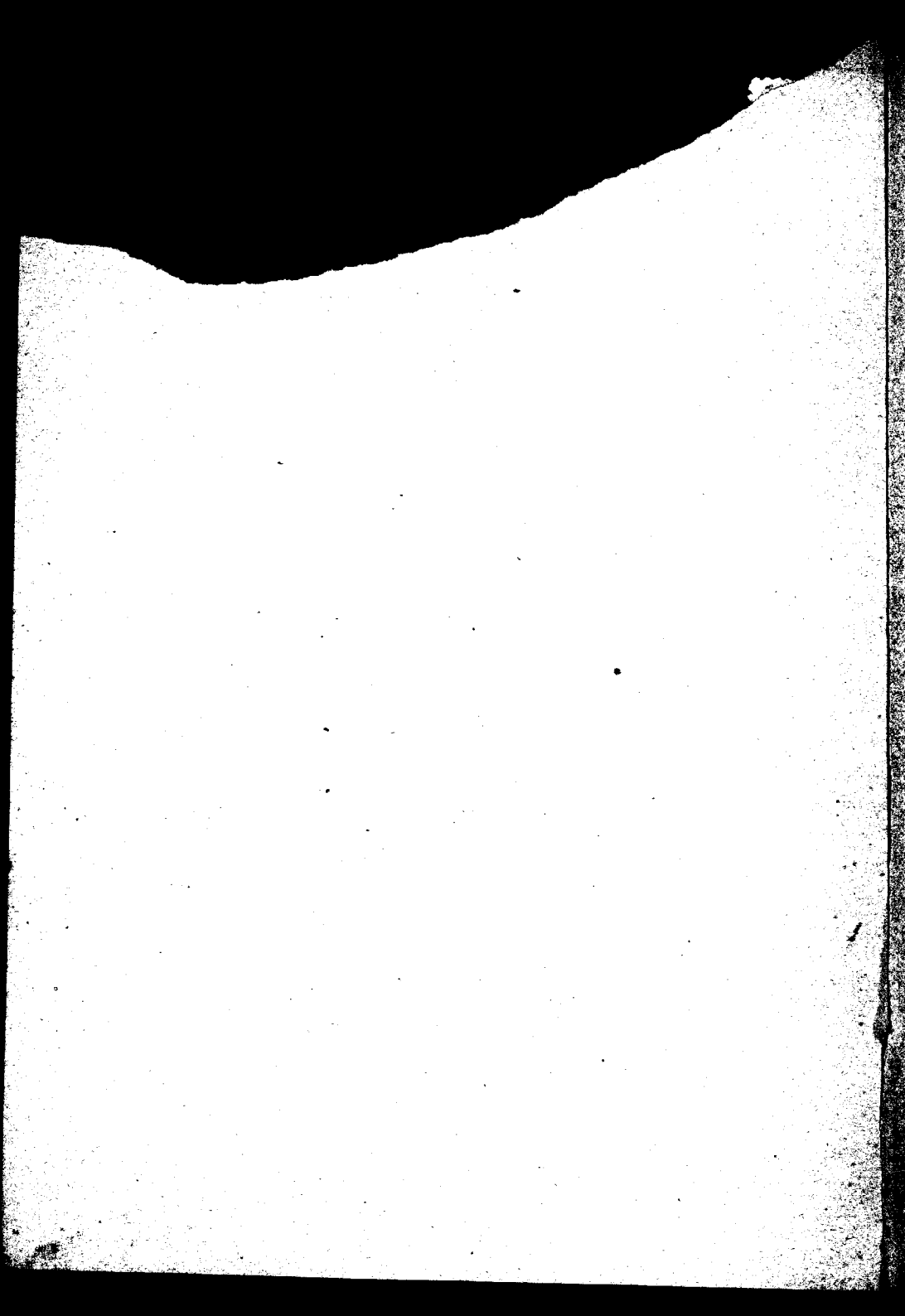
*(Comunicazioni fatte alla Società Lancisiana degli Ospedali di Roma —
Anno 1895).*

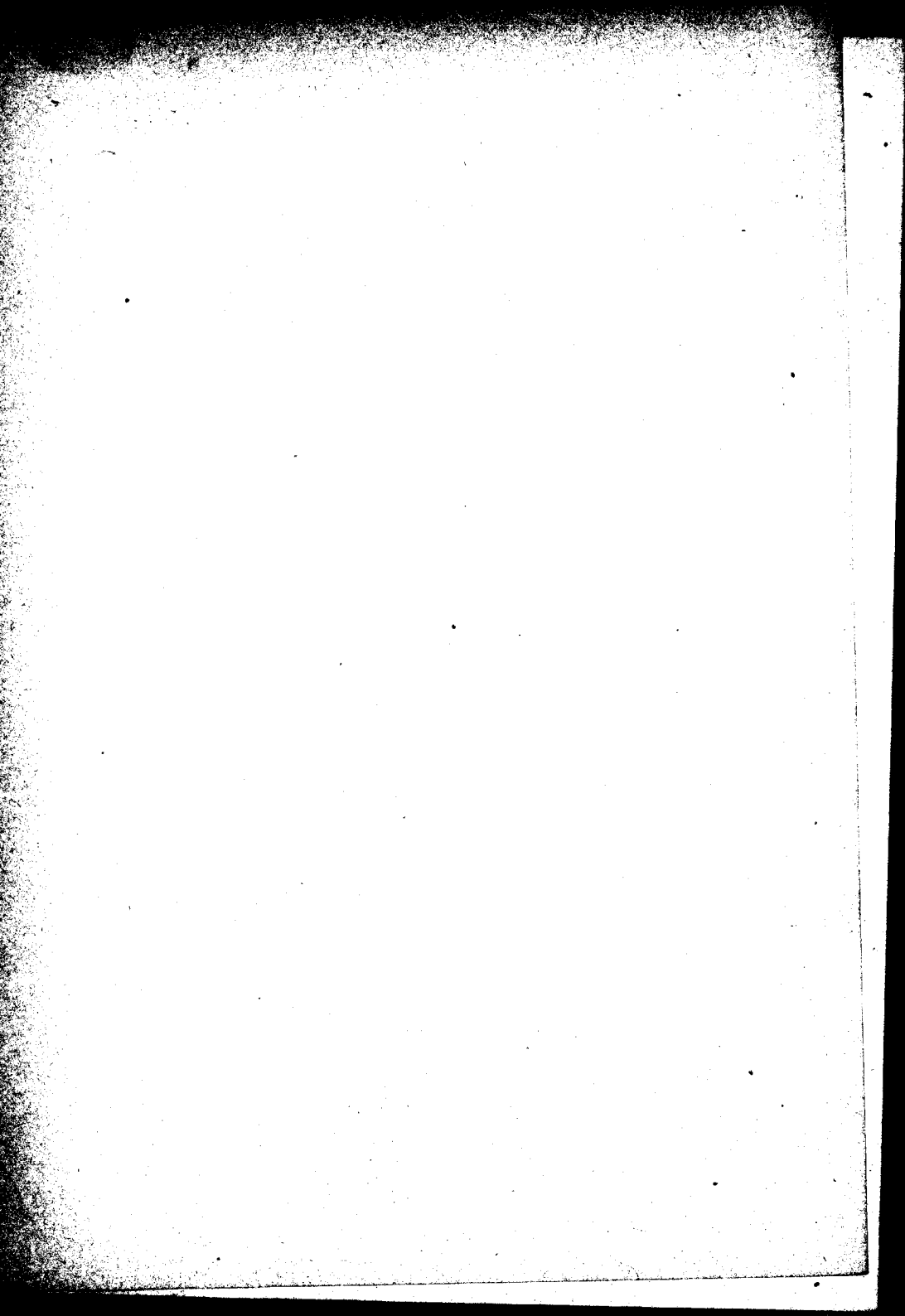


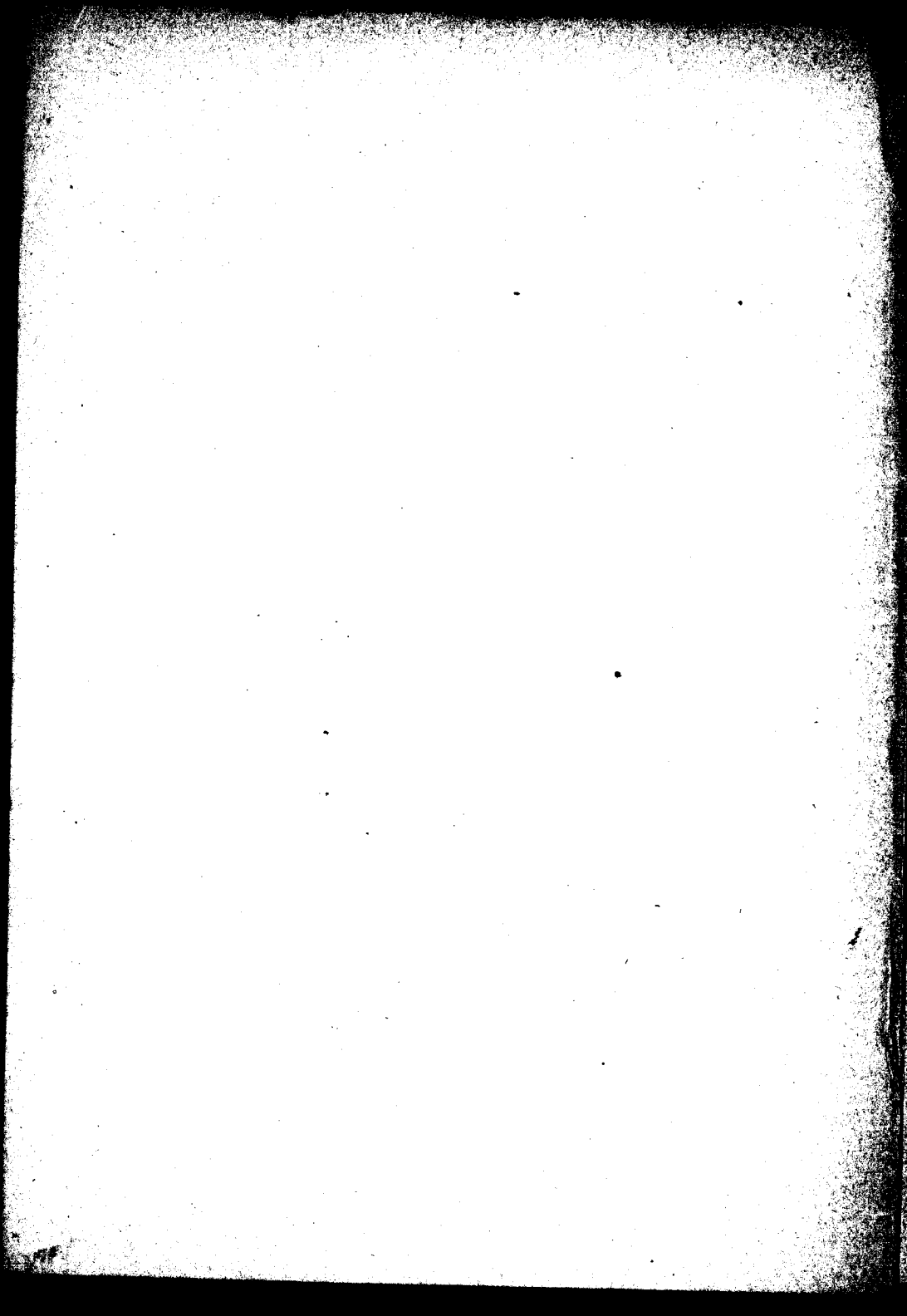
POGGIBONSI

STAB. TIP. CAPPELLI E C.

1896.







CLINICA E POLICLINICA PRIVATA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Direttore: Prof. C. MAROCCO

Sopra un caso di cancro iniziale dell' utero

Sopra di un caso di anomalia di sviluppo nella sfera urogenitale

Contributo di chirurgia ginecologica e ricerche istologiche
sopra alcuni casi clinici.
Laparotomie e isterectomie vaginali



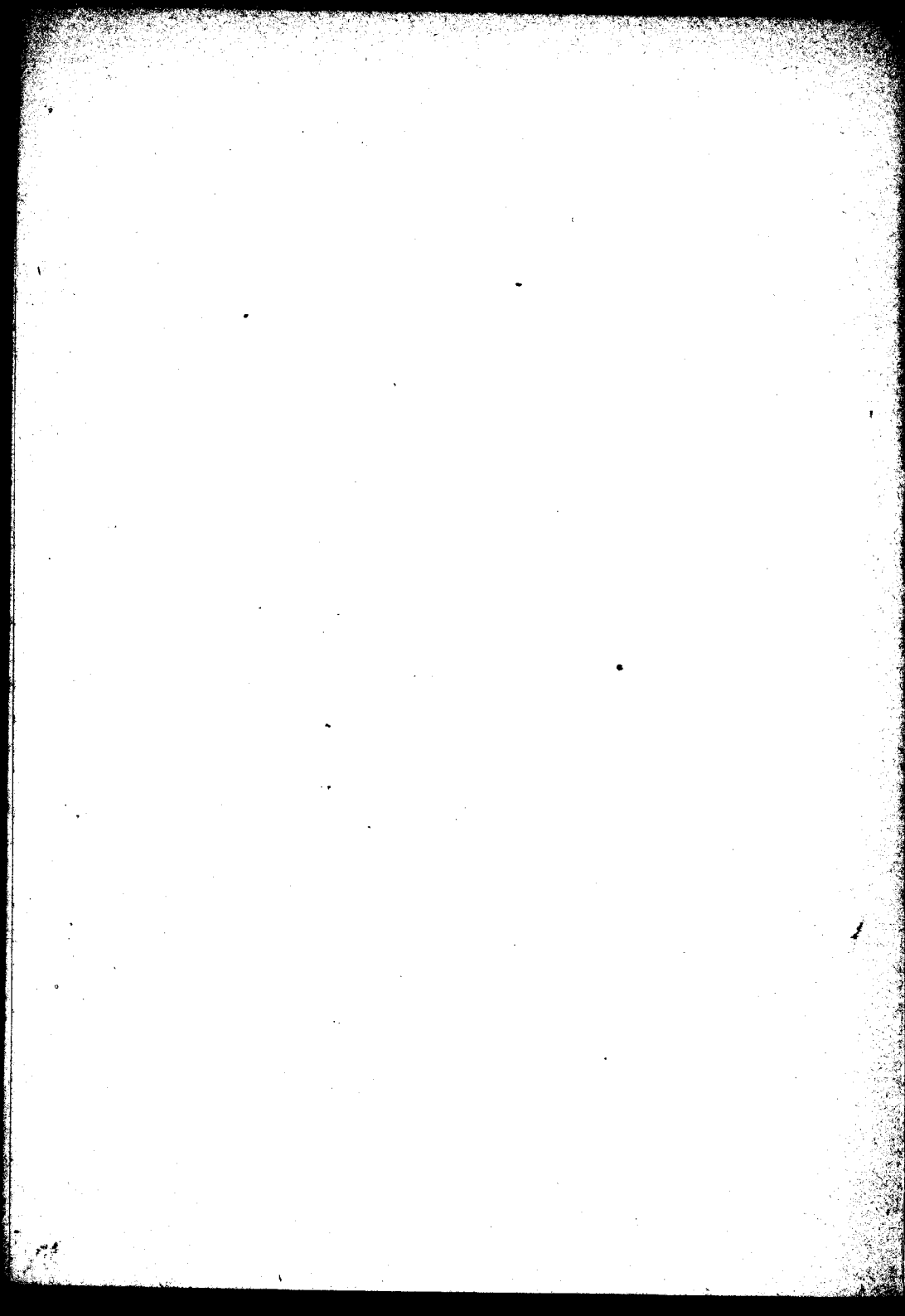
*(Comunicazioni fatte alla Società Lancisiana degli Ospedali di Roma —
Anno 1895).*



POGGIBONSI

STAB. TIP. CAPPELLI E C.

1896.



Sopra un caso di cancro iniziale dell'utero

Nella VIII^a riunione della Società Italiana di Chirurgia, - Ottobre 1891 - che raccoglieva nel suo seno il fiore dei chirurghi italiani, venne dibattuto il tema dell'operabilità del cancro dell'utero. In quella occasione io esposi il valore del trattamento palliativo dimostrato da larga messe di materiali; ed insistevo sulle forme concomitanti, siccome quelle alle quali eran dovute le manifestazioni peggiori e le maggiori sofferenze delle pazienti. L'illustre consesso di allora si pronunciò a maggioranza contro l'intervento chirurgico radicale.

Nella relazione del chiarissimo prof. Mangiagalli alla adunanza della Società di Ginecologia in Roma avvenuta nello scorso ottobre, relazione di una importanza non comune per la vastità del campo di osservazione e che guadagnava importanza dal molto che venne esposto al Congresso Internazionale prossimo passato in Roma, che l'aveva preceduta, si concludeva in senso perfettamente contrario al parere sopracennato. Di tale diversità di vedute a breve intervallo di tempo rappresentate da uomini eminenti, noi dobbiamo rendercene conto nel senso di trovare la ragione di esse in un momento che non può non essere concorde; vale a dire la rarità dei casi nei quali al chirurgo si presentano i primi fatti della degenerazione cancerosa.

Era già importante il fatto da me largamente dimostrato che nei casi di cancro dell'utero molte delle alterazioni che si presentano nulla hanno a che vedere col cancro, non solo, ma sono note flogistiche avanzatissime, quasi barriere naturali contro l'invasione ulteriore dell'elemento maligno. Di non minore importanza, a vantaggio di questo gravissimo soggetto, è il richiamare l'attenzione vostra sopra casi di epiteloma uterino all'esame obbiettivo non sospettati; e che rappresentano per eccellenza le forme subdole iniziali a cui si devono i tardi interventi e quindi i numerosi insuccessi.

La penultima mia operata di cancro uterino che dopo un anno di pieno benessere trovai ora in braccio alla recidiva, era stata per buoni 14 mesi, prima che io la vedessi, curata localmente per endo-

metrite. Questa disgraziata, nella quale a mala pena mi riuscì la estirpazione dell'organo spinta lateralmente al confine più lontano possibile, presentava da lunghi mesi adunque alterazioni profonde che vennero completamente sconosciute. Sarei per dire colpevolmente, poichè ogni medico di fronte ad una lesione di continuo manifesta del collo dell'utero, deve risentire la grave responsabilità che gli pesa nell'escludere o meglio non curare la possibilità di un male fra i molti di certo il più crudele. Su tal proposito siamo tutti d'accordo. Delle forme subdole pericolosissime, delle quali gli esemplari iniziali sono assai vari, è necessario che tutti cooperiamo ad accrescere il materiale clinico perchè alla loro scoperta è legata la possibilità di salvezza di molte ammalate. Le donne si devono esaminare sempre con cura; i punti alterati, ancorchè non appaiano maligni, devono essere controllati direttamente; e, di fronte al minimo dubbio, chiariti dall'indagine istologica.

Veniamo ora al caso che intendo comunicarvi.

Reg. Mal. Clin. N. 41. — Si tratta di una paziente malandata nel generale, dell'Alta Italia, benestante ma sopracarica di preoccupazioni famigliari, sulla quale pare che pesi una nota ereditaria dal lato materno. Ecco le poche note anamnestiche: 44 anni; la madre è morta per forma uterina caratterizzata da forti perdite; mestruada a 14 anni regolarmente; l'ultima volta il 26 settembre 1894; sette parti fisiologici. Da tre anni colpita di forma accessoriale riflessa diffusa con prevalenza allo stomaco, alla testa, ischemia isterica alle mani ad ogni leggera emozione.

Mi sono determinato a comunicarvi il caso, sul quale richiamo la vostra attenzione, rispondendo all'invito del nostro illustre e chiarissimo presidente, imperocchè dalla diffusione di note pratiche simili ne viene alla chirurgia la possibilità di un intervento benefico, che malauguratamente sempre desideriamo mentre la pratica ci si mostra non solo avara, ma quasi ostile forse per colpa della chirurgia a tutta oltranza, quale è stata quella di quest'ultimo periodo.

Richiamerò la vostra attenzione sull'importanza del reperto, e subordinerò a voi le ragioni che mi determinarono a deviare dalla via già a me segnata per questo genere di soccorsi. Alla vostra benevolenza rendo grazie per quanto essa deve prevalere sulla povertà del contributo.

La donna che richiede le mie cure senza aver nessuna delle note soggettive che ci fanno sospettare la forma maligna, descriveva

i soliti disturbi riflessi diffusi, che sono comuni alle affezioni in genere della matrice. Il reperto obbiettivo si riassumeva in una metro-endometrite semplice che camminava verso il 3° stadio, in cui la porzione vaginale, irregolare nella sua superficie per lesioni dovute ai molli parti progressi, presentava un indurimento diffuso con due piccoli tuberetti estuberanti nel labbro anteriore, un leggerissimo grado di ectropion e piccolissime isole depitelizzate qua e là, alcune delle quali si trovavano sopra i tuberetti accennati, da me giudicati come strozzature connettivali per gli strappi di vecchia data e successivo ispessimento di tessuto. Esclusi a priori quella sintomatologia soggettiva che ordinariamente si incontra nelle forme degenerative epiteliali di irregolare perdita di sangue, e di facile sanguinare ai diversi contatti; perdite di qualsiasi genere nel caso nostro non esistevano. In quanto a' dolori nulla di caratteristico, le mestruazioni erano regolari; all'intorno dell'utero sottili emanazioni ai parametri, quali si incontrano quasi sempre nelle donne che subirono strappi nella cervice seguiti da forme croniche.

Tenuto conto che l'ectasia della cavità dell'utero, l'indurimento della sua cervice nelle congestioni ricorrenti potessero aver parte nel determinare la fenomenologia riflessa e diffusa e a carico dello stomaco, della quale si lagnava la donna, fatta diagnosi di metro-endometrite cronica con indurimento della porzione vaginale e lesioni di superficie di indole catarrale, proposi un trattamento diretto di escissione cuneiforme e medicazione endo-uterina che venne accettata e, fatto il trattamento preparatorio da noi ordinariamente seguito, esaminate ripetutamente le urine, il giorno 20 ottobre mi accinsi al piccolo atto operativo. Inciso il labbro anteriore, nel dominio dei due tuberetti che ne occupavano il tratto mediano, sulla netta incisione del bisturi mi colpirono due piccole isole biancastre nettamente delimitate sul grigio connettivale del fondo che mi destarono dei sospetti, in forza dei quali escisi detta porzione, sospesi l'atto operativo e domandai al microscopio una risposta definitiva. Trattandosi di due piccoli punti in una massa di tessuto cronicamente infiammato rinunciammo a valersi del microtomo a freddo, desiderosi di avere dei preparati che confermassero chiaramente la diagnosi di epiteliorria od allontanassero ogni sospetto.

Col mio egregio amico dott. Lincoln De-Castro, in allora mio preparatore nell'istituto, studiammo parecchi giorni di seguito dei tagli dal pezzo che egli incluse in celloidina e che malauguratamente

nulla presentavano all'infuori delle note della flogosi cronica. Dico malauguratamente imperocchè l'inclusione non era stata fatta con orientamento speciale e i due punti da me osservati mentre operavo si erano sottratti ai molteplici tagli studiati. In qualche zona era marcatissima l'affluenza dei microelementi, tanto da turbare il concetto diagnostico. Finalmente il netto reperto non mancò di presentarsi alla nostra osservazione e per essere breve dirò : che in parecchi campi microscopici abbiamo potuto osservare tanto i gettoni profondi invadenti dell'epitelio di rivestimento, tanto nidi circoscritti nel profondo del tessuto cervicale, tanto masse di elementi epiteliali irregolarmente approfondantisi nel tessuto delimitato da un ordine regolarissimo di cellule cilindriche.

I noduletti di ammassi di elementi rotondegianti non circondati da cellule epiteliali ma in cui le cellule grandi e a grosso nucleo tradivano la loro natura epiteliale, presentavano un dettaglio caratteristico ben noto, cioè che la grandezza degli elementi, grandi al centro, degradava verso la periferia; e in qualche punto chiara appariva la breccia che gli elementi stessi si facevano nel tessuto circumambiente. I preparati vennero colorati al carminio, all'ematossillina ed anche con doppia colorazione di ematossillina ed eosina e riuscirono oltremodo dimostrativi. Stabilita la natura della malattia, dovetti modificare, per quanto la coscienza me lo permise, l'invariabile trattamento, che credo di massima, della demolizione totale dell'organo. Alle ansie della numerosa famiglia che la circondava, si aggiungeva lo sgravio imminente della figliola, e per quanto la chirurgia ci affidi e nel mio modesto contributo non avessi mai avuto a deplorare la perdita di un'estrinata d'utero dovuta all'atto operativo, pure confortato dalla circoscrizione del male mi decisi per l'amputazione alta; proponendomi in secondo tempo l'accurato riscontro istologico dei dintorni e disposto come *estrema ratio* alla asportazione dell'organo, se durante l'atto operativo sia nei dintorni dell'utero, sia nel raschiamento della cavità mi fosse stato dato di osservare qualche cosa di sospetto.

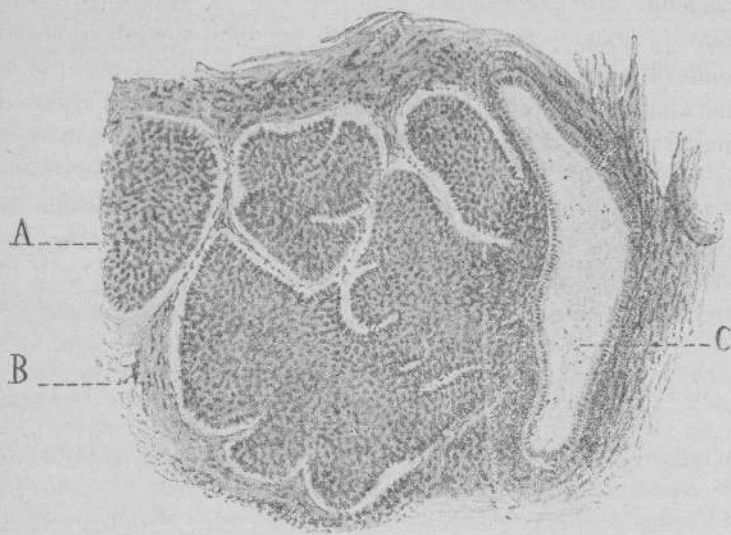
Ciò non avvenne; mi spinsi sia coll'incisione circolare, sia in alto il più oltre possibile; incisi ad imbuto rovescio tutta la parte che spettava al corpo uterino, suturai come di consueto e ottenuto in una giornata il distacco delle legature, la malata venne dimessa guarita e in ottime condizioni. Queste nei riguardi dello stato generale andarono migliorando e 52 giorni dall'operazione sabita, si presentò fisicamente rifatta e localmente senza mende di sorta.

L'esame istologico fatto con ogni accuratezza sul labbro posteriore, sui lati e sulla porzione terminale del cuneo escisso, nonchè sul materiale di raschiamento ottenuto dette i seguenti risultati che potete osservare nei preparati che ho l'onore di offrirvi.

Endometrio — forma mista ghiandolare interstiziale ad isole con prevalenza delle due varietà. Assenza completa degli elementi deciduiiformi descritti da Landau e dall'Abel e che ebbi ad osservare ripetutamente io stesso tanto in uteri cancerosi quanto in uteri puramente metritici.

Labbro posteriore — focolai analoghi a quelli osservati nel labbro anteriore; prevalente la forma cancroide.

Dintorni e parte alta della porzione asportata — forma flogistica pura confortata dal reperto di una miriade di preparati che la paziente cooperazione del mio egregio amico De-Castro non si stancò di presentare allo studio accurato.



Epitelioma cervicale — taglio condotto in prossimità dell'orificio esterno in corrispondenza di uno dei due piccoli nodi di infiltrazione.

Ob. 2. Oc 3.

- A. — Tessuto del neoplasma.
- B. — Impalcatura connettivale.
- C. — Glandola ectasica.

Ecco, o signori, un raro esempio di cancro iniziale che ha tutte le note istologiche caratteristiche. Anzi alla circoscrizione della forma si lega la varietà del reperto canceroso; concetto sul quale del resto non vi ha più discussione di sorta. Auguriamoci che questa terribile malattia si presenti più di frequente a noi nel suo stadio iniziale tanto promettente; come io mi auguro di non dovermi pentire, per quanto le ricerche accuratissime mi sarebbero di conforto, di essermi accontentato della amputazione alta, per la quale non ho nessuna predilezione; poichè sono convinto che nell'operazione del cancro dobbiamo sempre essere più che radicali.

Dopo circa tre mesi dalla fatta amputazione alta ebbi occasione di studiare istologicamente un altro piccolo frammento utero-vaginale esciso alla stessa paziente afflitta da leggera stenosi.

L'orificio uterino del moncone si era andato restringendo così da essere causa di dolori colici al ripresentarsi della mestruazione. Mi trovai costretto ad eseguire una piccola plastica che assicurasse intero lo scolo uterino. In questa circostanza, almeno per ora, potei persuadermi dell'integrità dei tessuti lasciati. Si fu in quest'ultimo periodo che siamo venuti a cognizione di un'altra causa di irritazione addominale scoperta dalla stessa paziente, vale a dire la presenza del verme solitario che verrà convenientemente trattato. Ad illustrazione di questo caso dopo quanto venne esposto credo sufficiente di riprodurre uno solo dei preparati trascegliendolo tra i più dimostrativi.

A tutt'oggi 10 Dicembre, circa un anno dalla fatta escissione, la paziente si porta benissimo.

Sopra un caso di anomalia di sviluppo nella sfera urogenitale

Egredi Collegli,

L'argomento sul quale intendo intrattenervi si riferisce ad un prodotto di concepimento che presenta delle anomalie degne di speciale attenzione, più che mai in oggi in cui gli studi embriologici interessano i cultori di tutte le branche della medicina.

La donna che si è sgravata di questo prodotto — che non si può dire teratologico nel vero senso della parola, imperocchè non abbiamo innanzi a noi una mostruosità, ma il feto si presentava perfetto in tutte le sue parti, offrendo solamente le note di un' idrope ascite nel tempo istesso che non presentava traccia dei genitali esterni e dei rispettivi orifici escretori — ha delle note storiche che sommariamente vi espongo, ritenendole non indifferenti per fornire un dato di osservazione di più nello studio dei rapporti fra la madre e il suo frutto, ogni qual volta questi presenta dei fatti anatomo-patologici svoltisi nella vita endo-uterina.

Si tratta di una signora di 35 anni dell'alta Italia che trovai a Roma da 3 anni. Soffrì di rachitide infantile — fu mestruada a 13 anni — fu sposa a 18 — non risultano tracce di sifilide da parte dei coniugi — ebbe 4 sgravi in questo primo connubio e dei quattro bambini due morirono e due sono vivi tutt'ora. Perdè il marito di febbre gialla e si rimaritò a 33 anni. Col nuovo marito si sgravò due volte ad 8 mesi di due bambini morti; i parti prematuri, a quanto racconta, furono determinati da forti emozioni. Quantunque la paziente si presenti rosea e ben nutrita, pure il racconto delle sue traversie morali, in gran parte legate alla incorreggibile condotta del figlio maggiore, non può non impressionare chi raccoglie tutti quei fatti ancora avvolti nell'oscurità, per cui avvengono delle turbe profonde nelle più nobili funzioni organiche in soggetti il cui sistema nervoso ebbe a soffrire violente emozioni.

La paziente mi si presentò il 20 agosto 1894 e venne registrata col N. 624 nelle storie cliniche dell'Ambulatorio. L'ultima mestruazione era avvenuta

cinque mesi prima; ed avea avvertito i movimenti del feto da una settimana circa. La diagnosi fu:

Gravidanza al 5.^o mese in soggetto predisposto al parto prematuro spontanea di feti morti, senza precedenti specifiche.

Accusando la paziente una stitichezza pressochè invincibile, vennero prescritti i blandi aperitivi, irrigazioni tiepide e riposo. Con questo trattamento la gravidanza procedette sotto il controllo ostetrico per altri due mesi. Il bambino viveva e si fu solamente ad un primo fatto emorragico uterino che cominciò a presentare i battiti fetali alquanto rallentati e a far dubitare della sua ulteriore vitabilità. Niente all'esame faceva sospettare un fatto teratologico.

Dagli esami ostetrici ripetutamente fatti risultava una certa abbondanza di acque amniotiche per cui poteva trovar posto la diagnosi di un discreto grado di polidramnios. Quanto al fatto emorragico, cui si pose rimedio col riposo assoluto e con altre prescrizioni, questo era certo dovuto al distacco parziale del sacco dal suo contenente, in vicinanza dell'inserzione placentare che si trovava molto bassa stando al risultato dell'ascoltazione, mentre non si poteva dire trattarsi di placenta previa marginale. Seguì lo sgravio nella notte dal 5.^o al 6.^o giorno dal fatto emorragico (17 ottobre 1894). In sopraparto a dilatazione completa, insistendo una discreta perdita di sangue, venne rotto il sacco dalla levatrice, la quale si credette a ciò autorizzata per la impossibilità di avere in suo soccorso un'ostetrico. La levatrice che raccolse il prodotto immaturo, essendo addetta al nostro istituto credette dovesse essere di un qualche interesse per noi; e lo portò aggiungendo che il bambino era nato vivo e avea vissuto pochi minuti fuori dell'utero, e rimarcò che all'uscita del bambino si accompagnavano abbondantissime acque nella apparenza loro limpide. L'esame della placenta da me stesso fatta non presentava niente di speciale; non vennero fatte ulteriori indagini perchè, in seguito a malinteso, la placenta venne gettata, fatto che deploriamo vivamente per le note rilevate in seguito nella anatomia del prodotto del concepimento.

Dalla sezione fatta io sarei stato condotto ad ammettere di avere a che fare con un'anomalia di sviluppo il cui inizio si doveva far risalire al secondo mese di gestazione, quando l'allantoide concretando la destinazione fisiologica delle sue varie parti si trasforma coll'uretra in urocisti, coll'uraco in legamento mediano della vescica e colla sua parte inferiore cooperasi alla formazione degli altri condotti. Il non essere avvenuto tutto ciò e la sua condizione di idropisia progressiva, stabili quelle alterazioni, su cui richiamo la vostra attenzione.

Ecco il reperto di sezione del feto in 3.^a giornata dallo sgravio, tenuto in soluzione di sublimato fino al momento in cui venne studiato.

Cadavere di feto nato vivo dopo 7 mancanze e che visse pochi minuti della vita extrauterina, senza apparenti deformità dello sviluppo scheletrico. L'ispezione non fa rilevare nulla a carico del capo e della faccia tranne un accenno alla formazione di un labbro leporino.

Il torace appare piccolo pel confronto coll'addome fortemente ingrandito, sfiancato ai lati e fluttuante ai più piccoli movimenti impressi al cadavere; si rileva pure che l'anello ombelicale è assai largo e velato solo da una sottile membrana per incompleto sviluppo delle pareti addominali. (Ombelico amniotico).

La palpazione fa riconoscere come la parte mediana del ventre sia quasi totalmente occupata da un grosso tumore; nel mentre le parti laterali sfiancate e distese sono occupate da una raccolta ascitica.

L'esame della regione intercrurale dimostra la mancanza dei genitali esterni e di orificio anale. I genitali esterni sono rappresentati da un solco mediano limitato da due rilievi poco accentuati che si possono interpretare come grandi labbra rudimentali.

Nulla di rimarchevole si osserva sull'estremità si toraciche che pelviche.

Aperto il cadavere con una incisione fatta lungo il suo asse, rispettando però la regione ombellicale compresa fra due incisioni semicircolari, ecco quanto si osserva:

Dalla cavità addominale sfugge una discreta copia di liquido ascitico, leggermente tinto in bruno aranciato. Quasi tutto il cavo addominale appare occupato dal citato tumore che si appalesa cistico. Esso respinge in su contro la volta diaframmatica il fegato, lo stomaco e la milza, in dietro e ai lati le intestina; sembra avere due inserzioni una all'ombellico, dove si continua nel cordone, l'altra profonda estesa a buona parte della parete posteriore dell'addome.

La sua superficie esterna è solcata e mammellonata.

Sulla sua faccia anteriore, a circa un dito od un dito e mezzo sopra la sinfisi pubica, il rivestimento sieroso si ripiega a ricoprire la faccia interna della parete addominale anteriore; prolungando la incisione oltre questo ripiegamento si cade su di un tessuto gelatinoso e fortemente imbevuto di un siero giallastro, che si continua dietro la sinfisi col connettivo pelvico senza lasciar scorgere traccia di alcun organo.

Si asportano in massa tumore e i organi addominali ad esso attaccati tagliando a ridosso della colonna dorsale in modo da fare una asportazione sotto-sierosa.

Dato un rapido sguardo agli organi toracici non si rilevano anomalie, solo troviamo nel cuore apertura completa del forame di Botallo. Non presentano note speciali nè il fegato, nè la milza, nè il tubo digerente, tranne che nella sua porzione terminale.

Ecco ora alcune misure prese sul cadavere.

Misure del feto.

Misure della testa:

Diametro bipartietale	m. m.	65
» occipito-frontale	»	95
» sottoccipito-frontale	»	90
» occipito-mentoniero	»	110
» mento-bregmatico	»	90
» sottoccipito-bregmatico	»	90

Misure del corpo del feto:

Lunghezza totale	m. m.	410
» del piede	»	50

Lunghezza della gamba (dal malleolo esterno alla testa del perone)	m. m.	72
» della coscia (dal trocantere al condilo esterno del femore)	»	74
» della mano (dall'apice del medio alla piega del pugno)	»	45
» dell'antibraccio (dall'olecrano all'apofisi stiloide dell'ulna)	»	55
» del braccio (dall'epicondilo al pomello della spalla)	»	60
Diametro bisacromiale	»	100

Misure della sacca cistica :

Diametro maggiore longitudinale	m. m.	140
» » trasversale	»	95

Incisa questa cisti, che presentavasi non molto nettamente distesa ma fluttuante, dalla apertura fatta sotto la cicatrice ombellicale sgorgò discreta quantità di liquido citrino che malauguratamente non venne raccolto e che presentava macroscopicamente i caratteri dell'urina. Noi dunque in questo caso interessantissimo deploriamo già tre lacune. La perdita della placenta, la mancata analisi del liquido ascitico e del liquido cistico. Per quanto si riferisce alla costituzione del liquido cistico noi cercheremo di rifarci indirettamente, nulla trascurando dell'esame degli organi uropoietici di cui diremo in appresso. A questo punto comincia la nostra indagine dettagliata sia nei riguardi della superficie interna di questa vasta cavità che presenta delle note differenti nelle sue varie sezioni sia per quel che riguarda la sua parete posteriore nella cui zona inferiore notiamo delle emanazioni e sporgenze che interessano da vicino l'ostetrico ed il ginecologo.

Venendo dunque al rilievo della zona inferiore suaccennata nella sua parte alta si osservano sul piano della parete cistica due sporgenze pressochè allo stesso livello a forma di segmento di pera dal cui corno esterno si partono due canali trasversali e che diventano tortuosi; siamo di fronte agli organi genitali esterni in arresto di sviluppo e tenuti lontani fra loro dalla pressione meccanica del liquido endo-cistico, almeno presumibilmente, il che ci dà la nota cronologica di detto tumore, della cui evoluzione, embriologicamente ben chiara, ci occuperemo in appresso.

Passiamo alle misure di dette elevatczze descrivendone il modo di essere che verrà suffragato dai rapporti con quanto verremo a descrivere nel lato interno della cavità.

La distanza tra i corni uterini è di cm. 3. A sinistra utero e

tromba trasversalmente misurano mm. 35; questo tratto utero-tubario completamente orizzontale non presenta alcuna traccia di spirale.

All'estremo periferico notasi una ripiegatura ad angolo acuto e vi è una lieve insenatura interna dove notasi distintamente uno strozzamento del tubo che si continua sempre all'interno, misurando dall'angolo suaccennato mm. 25. Nello spazio triangolare formato dal tubo ripiegato, a ridosso della porzione che si ripiega all'interno, si trova un corpo nastroforme a margini dentellati che occupa tutta la lunghezza accennata di mm. 25.

Misurando la parte più grossa di esso canale, che dovrebbe rappresentare utero e vagina, longitudinalmente fino alla ripiegatura sicrosa utero-rettale si ha una lunghezza di mm. 38.

Dal lato destro la misura trasversale utero-tubaria dà mm. 42 e la ripiegatura della tromba corrispondente all'altra descritta è ad angolo più largo, ottuso; lungo la porzione ripiegata spiccano degli strozzamenti e la porzione estrema tubaria è rigonfiata.

Il corpo nastroforme, descritto a sinistra, esiste più sviluppato e chiaramente unito all'angolo per una bendella che parte dalla sua estremità, legamento utero-ovarico.

E qui si impone un'osservazione di questo strano sviluppo embrionale degli organi genitali interni; poichè la porzione trasversale descritta dove mette capo con fascio legamentoso l'ovaia, sarebbe la porzione destinata a formar l'utero mentre la matrice per i suoi caratteri esterni sarebbe nettamente delincata dai due corpi piriformi di cui tenemmo parola, sembrerebbe che il tubolo di Müller per la sua parte tubaria abbia subito nel distendersi della cisti un allungamento considerevole così che le parti di detto tubolo sono venute meno a quei rapporti proporzionali per i quali troviamo il legamento dell'ovaia al corno corrispondente dell'utero.

Sull'estremo tubario periferico si notano colla lente due fori che saranno poi studiati istologicamente.

Sul comignolo ombellicale la cavità uraco-vescicale trovasi chiusa da una semplice membranella che potrebbe appartenere alla parete dell'allantoide inspessita ricoverta dall'amnios, così che a questa forma di ombellico vien dato il nome di ombellico amniotico, nome che si potrebbe completare dicendo amniotico-allantoideo. L'anello ombellicale misura nel suo

Diametro trasverso m. m. 25
» longitudinale m. m. 38

Il cordone ombelicale mostrasi costituito da due fasci corrispondenti ai vasi. A questo punto è bene aggiungere subito che abbiamo beanti due orifici uno più grosso che spetta alla vena, l'altro all'unica arteria ombelicale che potremmo seguire fino alla sua origine dall'ipogastrica. La vena si accompagna verso il fegato, è piuttosto ectasica e va a costituire il condotto d'Aranzio che si può seguire fino al suo sbocco nella cava. Dell'altra ipogastrica non possiamo render conto perchè le nostre ricerche successivamente praticate dopo l'ablazione del tumore cistico non ci offrono un reperto dimostrativo. Ed ora vediamo la superficie interna divisa in tre grandi zone.

La grande cavità di cui ci occupiamo che si presentava completamente chiusa (uraco-vescica-cloaca) presenta nella sua parte superiore, in rapporto con l'ombelico una superficie irregolarmente mammellonata con pareti il cui spessore, minimo nella porzione mediana, va aumentando verso i lati.

La porzione media di questa cavità corrisponde al fondo vescicale e presenta un accenno del trigono vescicale con due insenature che corrispondono ad un solco mediano bene accentuato.

Da questa porzione, che chiameremo vescicale, si passa a quella che si può definire come cloaca e che presenta delle note caratteristiche. Essa è nettamente definita da una linea semicircolare a convessità superiore che la separa superiormente dalla porzione vescicale. L'aspetto della sua superficie varia nei differenti punti. Ai lati, corrispondentemente ad una parete più sottile, è liscia e tale da ricordare un rivestimento sieroso.

Superiormente notasi una zona della estensione di mm. 15 costituita come da tante piccole ripiegature circonvolute. Sotto questa nella parte centrale sporge una porzione a guisa di mammellone trasversalmente solcato e a superficie uniforme; questo segmento è di forma irregolarmente romboide e posto obliquamente. Sul suo lato inferiore destro poggia il retto di cui è appariscente un tratto della parete per trasparenza del contenuto senza apertura di sorta in cavità. Sul lato inferiore sinistro si trovano parecchi orifici.

Fra questi uno apparentemente diviso in due da un grosso sperone, mette in un canale facilmente sondabile e che si riconosce essere non altro che il canale genitale sinistro. Potè essere aperto e dimostrato fino a quell'angolo in cui abbiamo descritto inserirsi il legamento utero-ovarico, tenendo sempre conto di quanto sopra abbiamo notato. A fianco di questo orificio ed un poco inferiormente

apparisce un tratto di superficie che all'esame macroscopico somiglia ad una lamina cribrata portante alla sua estremità superiore un foro che sembra bipartito. Al di sopra ed all'esterno del sito dove abbiamo descritto trasparire in parte la inserzione del retto havvi una tasca profonda, molto larga nella parte inferiore e che superiormente mette, per essere brevi, nell'utero e sua continuazione. Detta tasca rappresenta il condotto descritto dall'altra parte, da cui si differenzia solo per la ampiezza senza confronto maggiore della sua parte inferiore.

Torniamo quindi ad occuparci della superficie esterna del tumore cistico.

Ai lati del retto si trovano le sporgenze costituite dell'insieme utero-ovarico già descritto. Superiormente alla inserzione rettale vi è un avvallamento che, per la sua forma, si può chiamare escavazione retto-vescicale misurante in altezza e larghezza circa 25 mm. Al di sopra di essa trovasi una massa prominente con due insenature laterali circa a metà della sua altezza, detta superficie misura in altezza 35 ed in larghezza 30 mm. e corrisponde al fondo e trigono vescicale.

A destra in continuazione dell'estremo tubario trovasi un corpicciolo di forma allungata appiattito cui ne sta sopraposto un altro di forma conoide che lo incappuccia colla sua base e che a mezzo di poco tessuto fibroso va ad unirsi al fegato col suo apice. Questi due corpi rappresentano il rene e la capsula surrenale, come viene indiscutibilmente dimostrato dalle apparenze macroscopiche della loro sezione longitudinale. A sinistra nello spessore di una falda di tessuto costituito da peritoneo e celluloso sottoperitoneale, che si stacca dal sacco più volte nominato, circa a metà della sua altezza si palpa un altro corpo che l'incisione, su esso praticata, dimostra essere il rene sinistro colla relativa capsula surrenale.

Notiamo che mentre a destra il rene e la capsula sono vicinissimi alla tromba e sembrano continuarne la direzione, a sinistra invece la distanza fra questi organi è molto maggiore.

Nell'esame fatto si è intravisto a destra l'uretere, ma non si è potuto seguire.

Diamo le misure di detti organi.

Il rene di destra è alquanto più voluminoso del sinistro, misura:

Lunghezza	m. m.	30
Larghezza	»	14
Spessore	»	8

mentre dall' altro lato

Lunghezza	m. m.	29
Larghezza	»	13
Spessore	»	6

Per la capsula surrenale si ha invece un rapporto inverso, essendo a destra

Lunghezza	m. m.	28
Larghezza alla base	»	16
Spessore	»	5

e a sinistra

Lunghezza	m. m.	31
Larghezza	»	18
Spessore	»	5

L' ultima porzione dell' intestino, che, come si è detto va ad inserirsi sulla parete assottigliata della cisti, si presenta ripiena di meconio, che per trasparenza si riconosce a traverso la membranella a cui è ridotta in questo punto la parete cistica. Dello stesso materiale è ripieno anche tutto il grosso intestino sino alla inserzione del tenue dove si osserva arrotolata a spira una appendice vermicolare. Per un tratto di circa mm. 65 il calibro del crasso è maggiore che nel resto del tubo digerente e raggiunge il diametro di mm. 18; è munito di un mesoretto quasi fino alla sua terminazione, rimanendone sprovvisto forse per un tratto di 1 cm.

Da quanto ho esposto risulterebbe un arresto di sviluppo dovuto alla distensione dell' urocisti colle sue appendici, uraco e cloaca; spicca il contegno della parte alta dei tuboli di Müller, che vennero impediti di raggiungere le ultime fasi della loro destinazione per una azione meccanica, la quale agì distendendone la porzione alta oltre a mantenere lontane fra di loro le due porzioni che dovevano fondersi. Il dato cronologico risale ai primissimi momenti della disposizione urogenitale e troviamo un progressivo rincorrersi dell' agente meccanico e della attività embrionale per modo che se il tubo genitale non poté avvicinarsi nella sua parte inferiore e fondersi, arrivò tuttavia a svilupparsi tanto da darci nettamente le note caratteristiche dei suoi vari tratti. La distensione dell' allantoide persistente che impedì il costituirsi dell' uraco, il formarsi della vescica e tutte le modificazioni ulteriori che si legano all' individualizzarsi della parte inferiore del retto intestino rappresentano la nota patologica sulla cui etiologia solamente all' embriologo spetta l' ultima parola.

Approfitando delle circostanze eccezionalmente favorevoli offerte dal caso, in cui abbiamo notato che l'estremo inferiore della sacca cistica distava dal pube per una distanza di qualche millimetro, e dall'esterno di tutto lo spessore di quelle parti che doveano costituire i genitali esterni, abbiamo voluto istituire una ricerca sui riguardi delle glandole del Bartolini.

Non è ancora chiaramente stabilito se la loro origine spetti ai tessuti esterni o all'estremo inferiore del tubo vaginale, e noi abbiamo asportato in lunghezza il pube con tutti i tessuti di rivestimento esterno per modo che qualora l'elemento ghiandolare fosse esistito in quella parte di tessuto che sarebbe andata a costituire le grandi labbra, ne avremmo avuta la dimostrazione istologica nei preparati seriali ottenuti al microtomo. La nostra ricerca fu del tutto negativa. Su questo argomento torneremo studiando la parte istologica del nostro preparato.

Ringraziandovi della vostra benevola attenzione, mi riservo in una altra seduta di esporvi i risultati dell'indagine istologica che non mancheranno certo di essere interessanti; coglierò l'occasione che mi si presenta per unirvi la descrizione di un altro caso di anomalia di sviluppo con pielonefrite bilaterale, già da me presentato al congresso di pediatria e che istologicamente colle altre alterazioni offre uno splendido esemplare di avanzatissima ureterite svoltasi nella vita intrauterina. (1)

(1) Salvo errore di memoria il dottor Ciola di Milano deve avere illustrato un caso analogo al mio. Io mi rivolsi all'egregio collega per far tesoro del suo interessante reperto che non ancora conosco nel suo dettagli. Non appena lo potrò avere ne terrò il debito conto e me ne servirò per le eventuali varianti riassumendolo nel trattare della parte istologica degli organi del nostro preparato.

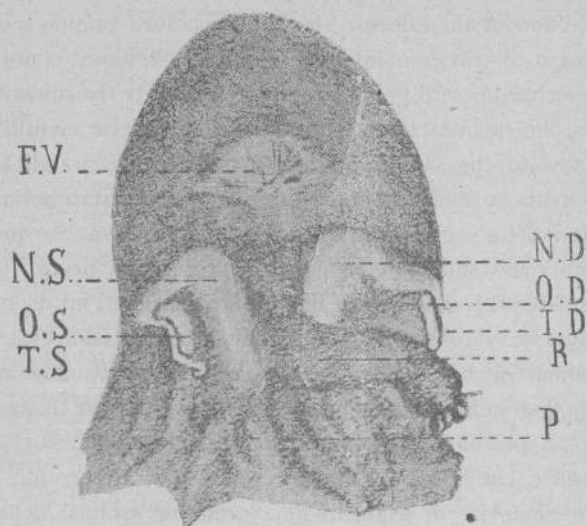


Fig. 1. — Faccia posteriore della grande vescica uraco-cloaco-allantoidea ($\frac{2}{3}$ dal vero).

FV, fondo vescicale — ND, utero destro — NS, utero sinistro — OD, ovaia destra — OS, ovaia sinistra — TD, tromba destra — TS, tromba sinistra — R, retto — P, peritoneo.

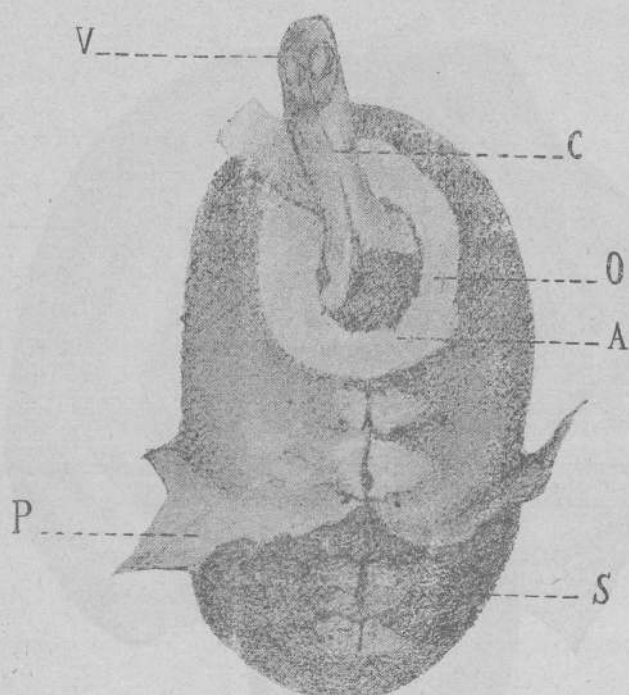


Fig. 2. — Faccia anteriore della grande vescica (grandezza al vero).

O, ombelico — A, anello cutaneo — C, cordone — P, peritoneo — S, parte priva di sierosa — V, vasi del cordone.

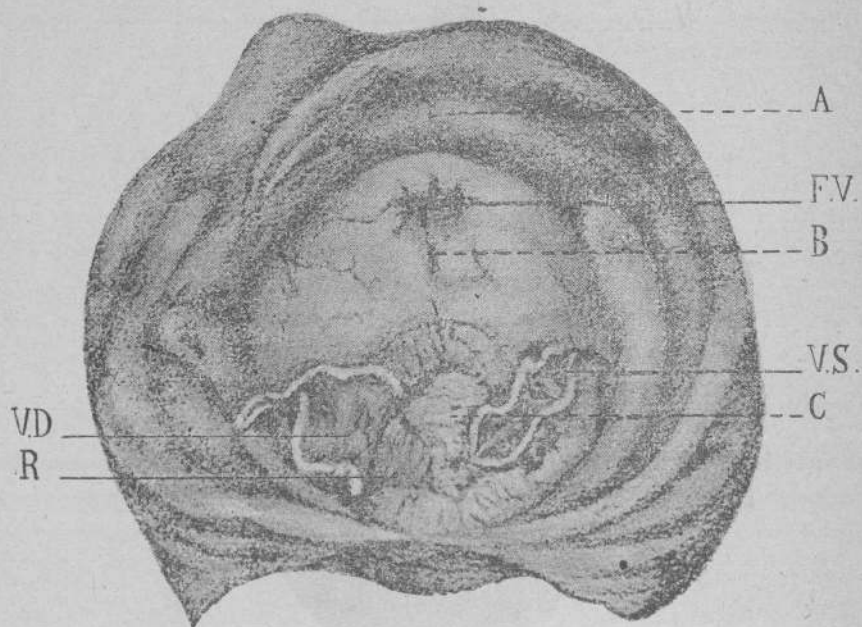


Fig. 3. — Faccia interna della cisti (parete posteriore) - (riprodotta dal vero).

A, zona corrispondente all'uraco dilatato -- B, zona vescicale -- C, zona rappresentante la cloaca -- FV, fondo vescicale -- VD, vagina destra -- VS, vagina sinistra -- R, superficie da cui traspare il contenuto del retto.

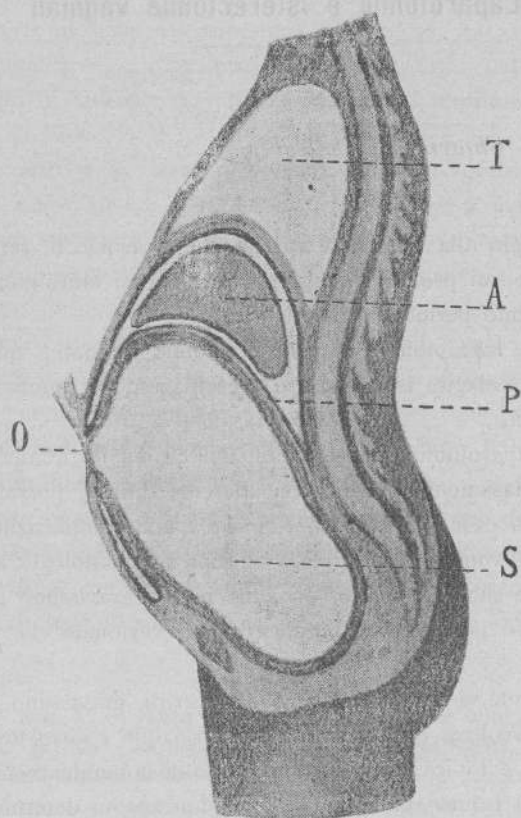


Fig. 4. — Figura schematica.

A, cavo addominale — O, ombelico — P, peritoneo — S, sacco cistico — T, cavo toracico.

Contributo di chirurgia ginecologica e ricerche istologiche sopra alcuni casi clinici.

Laparotomie e isterectomie vaginali

Chiarissimi Colleghi,

In omaggio alla simpatica attività che si svolge in seno alle nostre adunanze, mi promisi di raggruppare sei casi chirurgici occorsi in questo ultimo periodo.

Sono tre laparotomie e tre isterectomie vaginali; quest'ultime colle relative indagini istologiche e presentazione di preparati macro e microscopici.

Le tre laparotomie rappresentano: la prima il trattamento di un gravissimo intasamento pelvico con aderenze diffuse, prevalentemente omentali, e in essa si ebbe *post-operationem* una complicazione gravissima dovuta al vomito cloroformico con una sintomatologia abbastanza rara nelle sue successioni morbose, che mise a gravissimo pericolo la paziente. Ed è per questa complicazione eccezionale che ve la presento.

La seconda si riferisce al trattamento di gravissimo ematocoele retro-uterino svoltosi rapidamente con probabile connessione causale di gravidanza ectopica. Credetti opportuno di comunicarne la storia imperocchè di fronte alla sintomatologia burrascosa determinata dalla abbondantissima emorragia interna, che arrivava fino a tre dita sopra l'ombellico, mi trovai incerto se non fosse stato il caso di un intervento in primo tempo per salvare la minacciata esistenza della paziente. La cura aspettativa a cui ci decidemmo nel primo periodo, per le ragioni che verranno esposte nella storia, ci diede il più soddisfacente dei risultati, mentre sarebbe stata gravissima impresa l'affrontare l'emorragia *in alto* nel fondo pelvico.

La terza contempla una paziente presso che marastica, afflitta da grosso tumore del paraovario sinistro con aderenze diffuse da pregresse peritoniti, che a larghi intervalli rincrudivano, seguite a precedenti paracentesi. Un illustre maestro in ginecologia aveva creduto

due anni prima di non operare la paziente stante le sue condizioni generali ed io avrei seguito il suo savio ammaestramento, se una indicazione speciale non mi avesse spinto al soccorso. Questa era data dalle sofferenze strazianti che torturavano la donna all'epigastrio per l'imbrigliamento dato da grosso fascio fibroso che legava stomaco e colon trasverso al segmento superiore del tumore.

Perdonatemi se quì in inciso ricordo un fatto per me storico e siate larghi di indulgenza verso di me per il sentimento di fraternità che vi si lega.

La seconda e la terza di queste tre laparotomizzate, vennero operate sul *nuovo letto di operazione* da me ideato e a molti di voi già noto; questo corrispose alla prima prova in modo veramente splendido, degno del giudizio che l'indiscutibile competenza del Direttore dell'Istituto Chirurgico di Roma aveva pronunciato.

Nei piccoli incidenti di questi atti operativi, quali una minaccia grave di sospensione del respiro da anemia cerebrale nel primo e di asfissia cloroformica nel secondo, nonchè nel dare colla massima facilità la elevazione del bacino alla Trendelenburg, il letto si prestò in maniera mirabile.

A queste ammalate aggiungete il secondo gruppo di questo contributo costituito da tre isterectomie delle quali largamente dicono le storie, i preparati che ho l'onore di presentarvi e le osservazioni che vi subordinò, desideroso soltanto che possano destare il vostro interesse.

F. E. di anni 43 di Roma (29 maggio 1894): Storia clinica n. 31.

Nulla nel gentilizio — mestruta a 17 anni regolarmente — tre sgravi a termine — dall'ultimo di essi (1870) cominciarono le sue sofferenze — 25 giorni dopo lo sgravo ammalò di forma grave puerperale. Da allora ha avuto in varie epoche emissione di pus dal retto, esito di raccolte marciose pelviche successive alla pelviperitonite suppurativa di cui ebbe a soffrire.

Visitai la prima volta l'ammalata nel 1885 ed ebbi a riscontrare che tutto il bacino era irregolarmente occupato da una massa che in alto aveva rapporti posteriormente col retto, in avanti immurava gli organi del bacino così da sottrarli a qualsiasi possibilità d'esame. In allora presentava sintomi intermittenti di occlusione intestinale e disturbi gravi a carico della vescica; da quell'epoca si praticarono tutte le cure risolventi le più energiche con indiscutibili vantaggi; ma non tali da toglierla alle minacce di una impervietà intestinale che di tanto in tanto si riaffacciava. Ecco le note che vennero raccolte allora quando si presentò per un soccorso chirurgico.

La paziente si lagna di dolori accessionali vivissimi al quadrante inferiore destro del ventre, irradiantisi alla coscia fino alla articolazione del ginocchio —

Cefalalgia spesso associata a vomito — Metrorragie abbondantissime — Stitichezza ostinata che arrivava ad assumere la importanza di impedito circolo intestinale.

All'esame obiettivo: stato generale buono — addome globoso — resistenze cospicue al palpamento profondo dei quadranti inferiori. Genitali esterni evasati per cicatrici deformi da strappi antichi — colpiti catarrale — utero ingrossato fiancheggiato, a destra, da un tumore della grossezza di un pugno, a sinistra, da una sporgenza della grandezza di un ovo che sembra continuarsi col tessuto uterino. La piccola pelvi è ingombra da esiti flogistici. Si palpano grossi fasci fibrosi che dal fondo vaginale si perdono verso l'alto. L'esame rettale non fornisce altri dati sulla topografia pelvica oltre il già detto.

Urine: colorito giallo paglierino torbido — peso specifico 1015 — reazione acida — albumina tracce leggerissime.

Diagnosi: Metrite cronica ipertrofica — esiti di pelvipertonite — probabile fibroide a sinistra — occlusione intestinale intermittente da concrescimenti enteropelvici.

Preoccupato delle sorti dell'ammalata volli da prima tentare la via vaginale, sperando, magari colla asportazione dell'utero, di poter in più sicuro modo giovare all'inferma.

In un primo atto operativo praticai la dissezione dell'utero per ben cinque centimetri; ma, mentre andavo sbrigliando l'organo, questo divenuto libero in basso, ad onta della forte trazione veniva portato all'insù per modo che dovetti desistere e considerare il fatto lavoro come preparatorio alla laparotomia.

Fatto conveniente trattamento, si addiuvò alla apertura del ventre il giorno 24 giugno 1894.

In profonda narcosi e previa iniezione di morfina e sparteina e curando la più rigorosa asepsi, fatta la incisione sulla linea mediana a traverso uno spessore di adipe di parecchi centimetri, si trova a tratti che *fascia transversalis*, sierosa, omento con grosse zelle adipose formano un tutt'uno. Entrati in cavità, si rileva che il grande omento aderisce fortemente sulla linea mediana col fondo vescicale e a destra col fondo del bacino. Si palpano le ovaie ma non è possibile raggiungere l'utero, essendo la via preclusa da altri concrescimenti fra le pagine sierose della piccola pelvi.

Previo sutura con fili di seta vengono asportati due pezzi di grande omento, per modo da rendere libero il colon trasverso che faceva un arco al di sotto dell'ombellico, al quale si doveva la intermittente minaccia di occlusione dell'intestino.

Constatata la scomparsa degli sfondati anteriore e posteriore, si riconobbe la impossibilità di superare la muraglia che abbracciava gli organi del bacino.

La cavità addominale viene chiusa con sutura a strati.

Il decorso *post-operationem* va diviso in tre periodi:

Il primo: *formazione di enorme ematoma infraparietale e peritonite anteriore successiva*, determinato dagli strappi sulla linea di sutura per il vomito cloroformico, che fu tra i più violenti e più lunghi ad onta di tutti i mezzi impiegati per vincerlo.

Secondo: intossicamento iodoformico con fenomenologia grave cerebrale — iperternia — astenia — delirio — periodo che durò oltre un mese.

Terzo: risoluzione e guarigione colla fuoriuscita del grosso laccio che avea servito alla legatura dell'omento lipomatoso.

Le mestruazioni mancarono per tre mesi e l'ammalata si trovò libera da tutti i suoi disturbi con il ripristino della funzione regolare del ventre. Dopo circa quattro mesi, al ripresentarsi della mestruazione troppo abbondante, si provvide con un trattamento endo-uterino.

È importante notare che la mucosa dell'endometrio, che venne con ogni cura abrasa nel primo tentativo di estirpazione vaginale, si presentava superlativamente ipertrofica nelle ricerche istologiche istituite sui frustoli raccolti nell'ultimo trattamento fatto. Le ghiandole uterine numerosissime e ricche di epitelio di rivestimento costituivano la parte essenziale del reperto istologico. Questo fatto di rapida rigenerazione è del tutto analogo a quello che fisiologicamente si osserva dopo lo sgravio in cui si ha l'allontanamento deciduale, che avviene al di sotto dello strato compatto degli elementi dell'endometrio gravidico, per merito dei pochi fondi ghiandolari, nei quali le cellule cilindriche mantengono il loro tipo. Queste provvedono ad una rapida reintegrazione, così da rendere possibile un nuovo concepimento normale, anche dopo un solo mese dallo sgravio avvenuto, come ebbi occasione di registrare per conto mio, in un caso occorsomi nella mia pratica ostetrica. Nella nostra paziente tanta attività fisiopatologica era forse dovuta a congestioni locali, a stimoli ovarici, a menopausa anomala?

La seconda paziente è A. P. d'anni 29 da Subiaco (31 ottobre 1894). Storia clinica N. 44 — (N. 689 del Regist. Amb.).

Genitori morti di forma cardiaca — mestruada a 14 anni regolarmente — sposa a 16 — due sgravi regolari; l'ultimo 10 anni fa — sospetta avere avuto un aborto nell'agosto, quando ebbe a soffrire di una cospicua metrorragia e, a suo dire, avvenne l'espulsione di un corpo dalle vie genitali.

Si presenta sofferente da otto giorni di dolori al basso ventre, irradiantisi alla regione lombare ed ai genitali esterni. Ha pure stillicidio sanguigno. L'esame obiettivo generale non rileva nulla degno di nota — utero alquanto ingrossato — fornici liberi.

Fatta diagnosi di stillicidio da distacco incompleto di aborto si propone la ripulitura dell'endometrio e relativo tamponamento della cavità.

Il giorno 1 novembre nel praticare il riscontro bimanuale, che faccio precedere a tutti i trattamenti vaginali, rilevai con mia meraviglia un tumore della grossezza di una piccola mela nello sfondato posteriore.

Lasciato tamponato l'utero, ammisi per un momento che detta presenza elastica molleggiante che si palpava nel Douglas, rappresentasse una formacistica sfuggita al primo esame. Il giorno seguente tolsi i tamponi e, riscontrando che il tumore della grandezza di una mela del giorno avanti aveva assunto proporzioni quaduple, compresi che si trattava di ematocoele. Rimessa la malata in letto, l'emorragia interna andò man mano aumentando, specialmente dopo uno sforzo fatto dall'ammalata, che saltò dal letto per rispondere ad uno stimolo violento da parte del retto, ed arrivò ad occupare tutto il ventre per oltre due dita sopra l'ombelico spostato in alto dalla grande distensione dei quadranti inferiori. La faccia pallida dell'ammalata, che presentava tutte

le note dell'anemia acuta, e le grandi sue sofferenze per le compressioni determinatesi rapide a carico degli organi dell'addome ci tennero sospesi in terza giornata dalla fatta diagnosi se non fosse indicato un soccorso di urgenza per tentare una via di salvamento; la febbre insorta con forte brivido mi consigliò di temporeggiare e, tenendomi pronto all'intervento, instituii il trattamento sintomatico solito in questi casi: — l'azione del freddo, i torpenti, il sollevamento degli arti inferiori e tutti gli altri piccoli sussidi terapeutici che si sostituiscono spesso di ora in ora in simili evenienze. La febbre durò circa un venti giorni.

Noi abbiamo avuto occasione di rallegrarci del metodo aspettativo prescelto, poichè alla fine di novembre una peritonite adesiva aveva incistato l'enorme versamento. Qualunque sintoma allarmante era stato domato; la funzionalità intestinale si era ristabilita discretamente sotto la dieta lattea assoluta cui era stata sottoposta la paziente. La gonfiezza degli arti inferiori sia colle applicazioni calde, sia colla posizione si era andata mitigando, specialmente anche nei riguardi dei dolori che vi si accompagnavano.

Assistemmo (16 dicembre 1894) ad una mestruazione discretissima non accompagnata a fenomeni che si legassero alla gravissima emorragia preceduta. Solo si avevano a deplorare dei disturbi a carico della vescica, sulla quale premeva l'enorme cisti emorragica.

Stando così le cose, dopo un lungo periodo di osservazione, che ci dimostrò la sacca immodificata, si addivenne il giorno 6 gennaio 1895 al suo vuotamento.

Aperta e vuotata la sacca di ben tre litri di sangue in parte rappreso in parte liquido ancora dalla cavità addominale, si procedette a stabilire larga comunicazione vaginale colla perforazione dello sfondato posteriore. Tutta la cavità venne zaffata con garza iodoformica imbevuta di olio sterilizzato ed il capo della garza attirato in vagina per l'apertura praticata funzionava ottimamente da drenaggio. La ferita addominale venne chiusa con una sutura ad un solo piano con crine di Firenze.

Nell'andamento successivo abbiamo ben poco a notare; dopo rinnovato il tamponamento ed irrigato il cavo per due o tre volte, questo tende a ridursi e la riduzione si opera sollecitamente. La ferita laparotomica guarisce di prima intenzione.

Il giorno 14 gennaio 1895 viene tolto il solito drenaggio e ad affrettare il processo viene zaffato il cavo con garza al cloruro di zinco. Evvi completa e continua apiressia. Il giorno 19 gennaio si rinunciò al tamponamento perchè la cavità era pressochè chiusa e venne sostituito da abbondanti lavande. Il 3 febbraio dopo accurato esame si licenziò l'inferma perfettamente guarita.

La terza paziente è una certa B. A. di anni 40, marchigiana (dicembre 1894). Storia clinica N. 48 — (N. 712 del Regist. Amb.).

Nulla di rimarchevole nel gentilizio — mestruata a 18 anni — nubile — è un organismo rachitico e malandato.

Soffrì degli esantemi della prima età e di vaiolo — accenna confusamente a forme addominali dolorose senza precisarne l'epoca.

Sei anni or sono ebbe un violento attacco di dolori colici uterini; da

quell'epoca non ha più goduto buona salute. Fu in questo tempo che a suo dire si aumentò progressivamente il volume del ventre; racconta di essere stata operata due volte a due anni di distanza di paracentesi dal prof. Fabbri, il quale limitò a ciò il suo soccorso, stante le condizioni deplorevoli della paziente. La prima puntione fu seguita da grave forma addominale febbrile. Attualmente soffre intensi dolori al ventre — cefalea — vertigine — anoressia — ansia respiratoria — stipsi abituale. Di più è caratteristico il fatto che un'ora dopo qualsiasi ingestione di cibo viene colta da dolori spasmodici dello stomaco con un senso deciso di trazione verso il basso che qualche volta arriva al punto da dare alla paziente uno strazio interno come se le si lacerasse qualche cosa.

Esame obbiettivo: soggetto anemico — sviluppo generale insufficiente — deviazione lordo-cifotica della rachide — l'ascoltazione del cuore non rivela particolari rumori — pareti addominali flaccide — ventre non eccessivamente ingrandito — la parte mediana e laterale sinistra è occupata da un tumore fluttuante che respinge ai lati e più esternamente la risonanza colica — sulla porzione mediana del ventre si percuote una zona di ottusità limitata in alto da una linea curva a convessità superiore che raggiunge quasi l'ombellico spostato in alto e si lateralizza un poco a sinistra. Sul prolungamento della parasternale sinistra in direzione leggermente obliqua si palpa a traverso la sottile parete addominale un fascio resistente che dal segmento superiore del tumore si perde verso l'epigastrio. Questo è il luogo dove l'ammalata riferisce lo stiramento doloroso intermittente di cui si tenne parola nella sintomatologia.

Istituito un trattamento preparatorio inteso a regolarizzare la funzione intestinale e a migliorare le condizioni generali, si addiuvò al soccorso diretto il giorno 6 gennaio 1895. Praticando la laparotomia si trovarono postumi di peritonite adesiva progressa che aveva fatto concreocere la cisti col foglietto parietale del peritoneo e coll'omento. Pinzettata la cisti se ne tentò la enucleazione; ma dalle lacerazioni che si producono nelle fragili pareti fuoriusce del liquido citrigno abbondante da un cavo e più scuro e filante dagli altri. Della parete cistica si asportò la quasi totalità colle forbici; quel che rimane fortemente aderente all'utero e al fondo pelvico viene attratto e fissato nell'angolo inferiore della ferita chiusa con sutura ad un solo strato con crine di Firenze.

Nell'andamento successivo, chiusasi la metà superiore della ferita per prima intenzione, si verificò riguardo al moncone fissato all'angolo inferiore tutta la evoluzione di un trattamento extraperitoneale che, stante le condizioni di depauperamento organico della paziente, si svolse lentamente nella sua fase di riparazione. Però il giorno 15 febbraio 1895 si licenzia l'ammalata del tutto guarita.

In questo caso il distacco del fondo cistico avvenne in 12.^a giornata circa dall'atto operativo. La sottigliezza dei tessuti e probabilmente la pressione dall'interno all'esterno delle anse intestinali non più sequestrate lateralmente a destra e in alto, determinarono il formarsi di una apertura erniosa irregolarmente triangolare, all'angolo inferiore della ferita laparotomica, a cui era stato fissato il moncone, coperta dalla cute e dal tessuto sottocutaneo. Da

questa apertura, stando l'ammalata in piedi, da circa una settimana — tre mesi dopo l'atto operativo — fanno discreta sporgenza le anse intestinali retrostanti. Il lato di questo irregolare triangolo misura circa cm. 2, 50.

Questo è il solo disturbo che accusa la paziente, al quale porremo rimedio non appena fosse causa di vere noie.

Con questa malata ho finito per ciò che si riferisce alle laparotomie, delle quali questa sera intendevo parlarvi. Prima di venire alle storie delle isterectomizzate con i relativi preparati istologici che spero meritevoli della vostra attenzione permettetemi che vi aggiunga un particolare tecnico nei riguardi del materiale di sutura. Ho abbandonato completamente il catgut. Nella chiusura del ventre non uso che crine di Firenze che vale il metallo senza averne gli inconvenienti.

Ed ora passiamo alla via vaginale per la quale guadagnai i preparati che quì vedete.

R. I. d'anni 60 da Salcito (4 febbraio 1895). Storia clinica N. 59 (N. 782 Reg. Amb.).

Nulla di speciale nel gentilizio. Mestruata a 14 anni — in menopausa da 13 anni — tre sgravi fisiologici, l'ultimo 20 anni or sono — un aborto. Soffrì di erisipela facciale e l'estate scorso fu per alcun tempo albuminurica. Nel maggio 1894 ebbe una profusa metrorragia che si ripeté poi anche in ottobre. Nel gennaio u. s. lo stillicidio sanguigno ripresentatosi durò tutto il mese. Non accusa dolori di sorta.

Esame obiettivo: Individuo polisarcico a sviluppo scheletrico regolare. All'ascoltazione del cuore il primo tono è leggermente soffiante — Genitali esterni evasati per cicatrici perineo-vulvari da strappi antichi — Indurimento della porzione vaginale dell'utero — Endometrio del corpo liscio — Cavità ectasica — Utero mobile — Non si palpa nulla degno di nota riguardo agli annessi.

Urine: colore giallo paglierino; peso specifico: 1028; reazione acida; assenza di albumina.

Diagnosi: Epitelioma del collo.

Si propone l'isterectomia vaginale eseguita il giorno 10 febbraio 1895 senza cloronarcosi, stante le condizioni del cuore, previa somministrazione di un grammo di cloralio ed una iniezione di sparteina e morfina. Taglio circolare, preparazione dell'organo fin sulla sierosa, asportazione assicurando l'emostasi colla applicazione sui legamenti larghi di due *clamp* ricurvi in modo da ottenere una demolizione di tessuto maggiore al possibile. Tamponamento della vagina con garza iodoformica.

Le sorti della paziente, per quanto si riferisce all'operazione furono felicissime e quando si poteva dire che l'ammalata era fuori dei pericoli, che si accompagnano a questi atti operativi, soggiacque ad indebolimento progressivo cardiaco con grave ipostasi polmonare.

P. I. d'anni 57 da Caserta (15 gennaio 1895) Storia clinica N. 56. (N. 764 del Reg. Amb.).

Genitori morti in tarda età — pare vi sia elementari ereditario nei parenti dal lato materno — ha avuto un fratello morto di epiteloma al retto.

Mestruata a 14 anni — menopausa a 51 — 9 sgravi fisiologici, l'ultimo 13 anni fa. Soffrì di tenia — a 30 anni ebbe il vaiolo — una forma puerperale dopo il sesto sgravo.

Dal mese di novembre stillicidio sanguigno che segue ad una profusa metrorragia, tale fatto emorragico erasi fatto vedere anche alcuni mesi prima. Le prime perdite di sangue risalirebbero all'agosto 1893. Leggera stipsi.

Esame obbiettivo: Soggetto oligoemico — sviluppo scheletrico regolare — masse muscolari e pannicolo adiposo scarsamente sviluppati — cuore debole — polmoni affetti da catarro cronico dei bronchi.

Genitali esterni sfiancati per antico strappo vulvo-perineale — colpiti *vetularum* — porzione uterina dura, erosa, ulcerata — corpo molliccio — fornic retratti — parametri liberi.

Urine: colorito giallo-torbidiccio; peso specifico 1019; reazione acida; albumina assente.

Diagnosi: cervicite cronica con ulcera catarrale e probabile forma maligna dell'endometrio.

Si propone l'isterectomia vaginale, alla quale si procede il giorno 20 gennaio 1895, previa iniezione di morfina e sparteina senza cloronarcosi, stante le condizioni deplorevolissime dell'inferma. Incisione circolare, preparazione del collo e del corpo che però non si abbassa affatto, fisso da aderenze al fondo pelvico. Nella impossibilità di gettare lacci nello spazio ristretto, si ricorre alla forcipressura, completando l'operazione lasciando in sito due *clamp* di Richelot applicati sui legamenti larghi.

Il 22 gennaio al mattino vengono tolti i *clamp* — nessuna traccia di emorragia. In questo stesso giorno abbiamo vomito, acinesia dell'intestino, stato di colosso che minaccia la vita della paziente. Vinte queste condizioni colle iniezioni di cognac e colle irrigazioni intestinali calde eccitanti, la paziente migliora, persiste però un forte grado di enuresi. Successivamente, superate parecchie minacce da parte del polmone e del cuore, e vinta quasi completamente l'enuresi, si dimette l'ammalata il giorno 23 febbraio 1895 completamente guarita.

Q. R. d'anni 49 da Salcito (14 luglio 1894). Storia clinica N. 35. (N. 556 del Reg. Amb.).

Madre morta di forma dell'apparecchio respiratorio, il padre per malattia dell'apparato uropoietico. Accenna in modo non preciso a zie e sorelle restate vittime di forme uterine. Mestruata a 15 anni, regolarmente fino a 2 anni fa. Sposa a 19 anni — 9 sgravi con puerperi regolari.

Ha sofferto due volte di erisipela e di reumatismo articolare — Stipsi abituale — Da due anni metrorragie alternate a perdite leucorroiche.

Si lagna di dolori al basso ventre che caratterizza come pulsanti e che aumentano colla pressione.

Esame obbiettivo: Soggetto magro di aspetto sofferente — sviluppo sche-

lettrico regolare, masse muscolari flaccide — cuore e polmoni sani — mammelle normalmente sviluppate senza note speciali.

Cicatrice deforma alla commessura posteriore della vulva, nulla di anormale nella vagina, porzione irregolare a sinistra con un solco che dall'orificio esterno si porta verso il fornice perdendosi nel parametrio in tessuto di cicatrice — Corpo libero molto ingrossato globoso — Parametri probabilmente liberi. Nulla di notevole ai legamenti, trombe, ovaie.

Urine: colorito giallo-paglierino — peso specifico 1018; reazione acida — albumina assente.

Diagnosi: forma sospetta del collo con probabile compartecipazione dell'endometrio.

Si propone l'isterectomia vaginale che viene praticata il giorno 17 luglio 1894 in cloronarcosi preceduta da iniezione di morfina e sparteina. L'operazione fu praticata con incisione circolare a legature progressive. Però, compiuta la preparazione fin quasi sulla sierosa e gettate delle legature laterali si dovette aprire lo sfondato anteriore, andare alla ricerca del fondo, liberarlo dai concrescimenti che lo vincolavano al fondo pelvico e completare l'operazione col capitombolo anteriore.

Nello svolgimento dell'operazione, oltre alle aderenze suaccennate, si notarono pure due altri fatti importanti e cioè: una specie di torsione dell'utero che ebbe per conseguenza a destra di portar due volte la uterina sotto il tagliante; e la esistenza di un cercine duro e resistente dato dal peritoneo fuso coll'aponevrosi pelvica, dal quale si dovette svincolare l'utero procedendo ad una specie di enucleazione; coll'utero furono asportate trombe e ovaie. Si aveva a che fare con un bacino uniformemente ristretto sul cui fondo retratto ed ispessito si era an lato costituendo una specie di cingolo al collo uterino.

Decorso lietissimo; rimossi i tamponi in 2ª giornata; in 1ª la malata si alza già; i fili di legatura si staccano in 21ª e 23ª giornata.

L'11 agosto l'ammalata è dimessa completamente guarita.

Nel praticare le isterectomie vaginali seguì il metodo che mi sembra il più semplice ed il più sicuro; praticata una disinfezione accuratissima, procedo per dissezione dal basso all'alto e, alternando da un lato all'altro, getto delle legature successivamente più alte e più lontane di robusta seta, che coll'emostasia mi danno una demolizione di tessuto, quanto è possibile, più estesa; quando la tecnica lo permette demolisco sempre gli annessi e non pratico sutura di sorta sulla breccia peritoneale, essendomi convinto che l'abbondante diacrisi che nei primi due giorni si determina dalla sierosa e si fa strada per la via vaginale, in qualche caso davvero imponente, è benefica alla ammalata, sia come drenaggio naturale, sia perchè salva dai concrescimenti dell'intestino, colle conseguenze qualche volta letali

ad una data lontana dall'atto operativo. Nel passare le legature laterali mi valgo sempre dei miei aghi mobili che colla loro forma diversa e colla inclinazione possibile mi rendono tale tecnica molto più facile.

La rimozione dei tamponi si fa dalla 2^a alla 3^a giornata e, quantunque si sia usata la prudenza di fare irrigazioni boriche nella tema che la breccia peritoneale non sia del tutto chiusa, non una volta accadde che l'acqua dell'irrigazione si facesse strada nel ventre.

Nel caso della R. I. abbiamo di notevole il fatto che la forma epiteliale è comparsa allorché altre forme morbose da lungo tempo affliggevano la matrice. Le forme in discorso sono la forma ipertrofica semplice, la quale con lussureggiamento di fibre muscolari si afferma, mentre in qualche punto la forma interstiziale prevale. In tutta la compage della cervice e nel fondo abbiamo inoltre una pseudo-degenerazione cistica le cui cavità sono delimitate da robusta trama connettivale e alcune di queste presentano netto il rivestimento a cellule cilindriche basse.

Dal sin qui detto risulta che la compage uterina per la ricchezza di fibre muscolari in ottime condizioni, per la robustezza della impalcatura fibrosa offerse al neoplasma che si svolse in ultimo tempo una resistenza per cui l'invasione non si mostra ancora così prevalente sugli altri elementi da compromettere la tessitura dell'organo, il quale nell'operazione, rispose così tenacemente alle prese degli istrumenti quanto ordinariamente si incontra in un utero sano e forse più.

Ad onta di tutto ciò il caso è eminentemente istruttivo se lo prendiamo a considerare da un altro punto di vista. L'infiltrazione epiteliale così diffusa a tutta la cervice dove la troviamo a grandi isole fra i robusti fasci muscolari e fibrosi ci presenta una interessantissima metastasi proprio nel fondo dell'utero dove istologicamente non studiamo un semplice nodulo epiteliale, ma troviamo la stessa specie di degenerazione cistica nei cui spazi intermedi tra cavità e cavità vediamo i nidi degli stessi elementi offerti dalla cervice, nel mentre tutto il resto dell'endometrio è completamente atrofico.

Non può sfuggire l'analogia di questa forma maligna di infiltrazione con quanto di analogo si studia nell'ovaio degenerato, in quella forma di cistoma adenoide in cui contemporaneamente l'elemento dell'epitelioma si infila nella trama delle pareti cistiche; forma mista che ordinariamente si incontra nelle forme ovariche bilaterali di tumori non molto sviluppati e che estrinsecano precocemente la loro

malignità nella cavità peritoneale a carico di differenti organi. È molto probabile che la metastasi del fondo sia avvenuta per le vie linfatiche numerose dell'endometrio; è importante poi far risaltare che mentre nelle forme volgari di epiteloma abbiamo l'infiltrazione che corrode i tessuti fisiologici in modo progressivo ma irregolare, nel nostro caso tanto nella cervice quanto nel fondo le isole di infiltrazione stanno in rapporto colle cavità cistiche di cui sopra dicemmo, e di cui alcune sono splendidamente rivestite di epitelio cilindrico, ed altre si imporrebbero come semplici ectasie linfatiche, nelle quali però nelle ricerche da noi fatte, non fu dato di riscontrare endotelio o solo lo si poté sospettare in qualche punto.

In questo periodo di intenso lavoro sull'etiologia del cancro non è permesso di certo sopra i fatti osservati avanzare delle ipotesi che non abbiano una origine sperimentale; è nostro dovere però raccogliere accuratamente i fatti.

Il nostro preparato vi offre un esempio di infiltrazione epiteliale nelle sue modalità differente da quelli che ordinariamente si studiano; con una metastasi al fondo interessante per sè, inquantochè divide le stesse note anatomo-patologiche della cervice, e che presenta un dato dei più positivi all'indicazione dei limiti dell'intervento chirurgico.

In altra seduta vi ho presentato un caso fortunato di forma iniziale di epiteloma, il cui trattamento circoscritto trova in questo preparato una condanna decisa. Siamo di fronte a forme nelle quali l'esuberanza chirurgica è più che mai giustificata. Non è però punto frequente la metastasi al fondo; ne scrissero il Martin ed il Leopold e molti altri; però in una miriade di uteri estirpati ciò non si osserva, e quindi mi lusingo, specialmente in base al fatto raschiamento praticato energicamente e che nulla presentava di sospetto, che la mia opera di cancro iniziale possa sperarsi guarita.

Veniamo ora al reperto della P. I., forma totalmente diversa e che per la sua tessitura anatomica mi pare offra le note del sarcoma: delimitazione netta del tumore dal fondo su cui si svolge, delicatissima trama connettivale che circonda le masse degli elementi rotondeggianti.

Questo caso, mentre dal lato anatomo-patologico per la sua chiarezza dà poco da dire, credo sia di una certa importanza per quanto si riferisce alla prognosi clinica. Noi vediamo le masse degli elementi neoformati circondati da una delicata emanazione del sottostante tessuto unitivo, i cui elementi nettamente si differenziano da quelli del

tumore, sebbene nel primo tratto le cellule fusiformi e le rotondegianti si equivalgano per numero, mentre nettamente si differenziano per disposizione anatomica.

Gli elementi del tumore alla base sono più piccoli di quello che non lo sieno là dove la trama connettivale degli alveoli trovasi appena delineata. Il pronostico in questo caso lo credo tutto favorevole all'ammalata. Questa forma di tumore, che mi permetto di credere della famiglia dei sarcomi, si arresta all'orificio interno e la cervice in tutti i sensi ricercata istologicamente nulla presenta all'infuori del reperto della cervicite cronica.

A questi due reperti permettetemi che ve ne allinei un terzo, per me importantissimo: i preparati mi vengono da una ammalata, la cui storia vi ho già riassunta, la Q. R. L'ingrossamento dell'organo, lo stillicidio sanguigno che durava da due anni, l'età della donna, le note ereditarie ci condussero direttamente all'atto operativo persuasi che le ricerche fatte su frustoli di raschiamento ripetutamente negative non controindicano l'intervento, mentre quando il quadro clinico manca, il reperto istologico sul prodotto di raschiamento ha un valore per me senza confronto maggiore.

Il reperto che ho l'onore di offrirvi in tutti i vari punti dell'utero; delle trombe, delle ovaie vi offre le note fisiologiche le più perfette dominate da un rigoglio di vita per cui l'istologia normale metro-tubo-ovarica in questi preparati è oltremodo dimostrativa. È bene però qui di accennare come il fatto stesso della esuberante attività vitale in organi per i quali è vicino cronologicamente il momento dell'involuzione loro, specialmente se li consideriamo facienti parte di un corpo di nutrizione scadentissima e di più gravato dall'ereditarietà, non è senza significato. Anzi mi pare che il caso guadagni straordinariamente di importanza clinica, poichè, nulla conoscendo di positivo sull'etiologia del cancro, tale sconcordanza di reperto col l'età e colle condizioni generali dell'ammalata depone per un trofismo alterato che può, come fatto preparatorio, essere non del tutto indifferente. (1)

Non tiro dai tre casi studiati conclusioni di sorta all'infuori del concetto di prudente riserva che ad onta della potenza dei mezzi, deve sempre guidare la mano del chirurgo.

(1) Di questo preparato ritengo inutile, dopo quanto ho detto, la riproduzione di figure che non ci offrirebbero niente di più della istologia normale degli organi.

Chiarissimi colleghi, molti tra voi sono già illustri chirurghi e non è certo ispirato il mio povero contributo alle piccola vanità del successo; dai numerosi manuali di patologia chirurgica, di medicina operatoria e di pura specialità vengono pertrattate le molteplici forme morbose, descritti i metodi operativi, approfonditi dettagli interessanti che riescono di sommo ammaestramento.

Resta però, sempre, in tanto difficile campo, sentito il bisogno di trovare nelle analogie dei fattispecie un conforto quando il dubbio sulla via da scegliersi, precedenti giudizi di autorità scientifiche e tecniche ed altre ragioni nel campo pratico possano paralizzare l'opera nostra ed è con tal sentimento che io mi permisi di intrattenervi, ringraziandovi della vostra benevola attenzione.

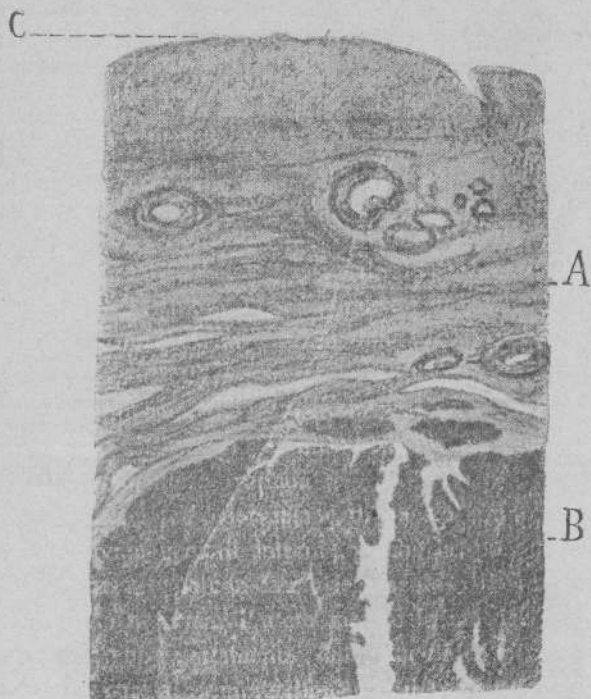


Fig. 1. — Sarcoma dell'endometrio - sezione verticale a tutto spessore della parete dell'utero (Ingr. 10).

A, tessuto uterino — B, tessuto del tumore — C, sierosa.

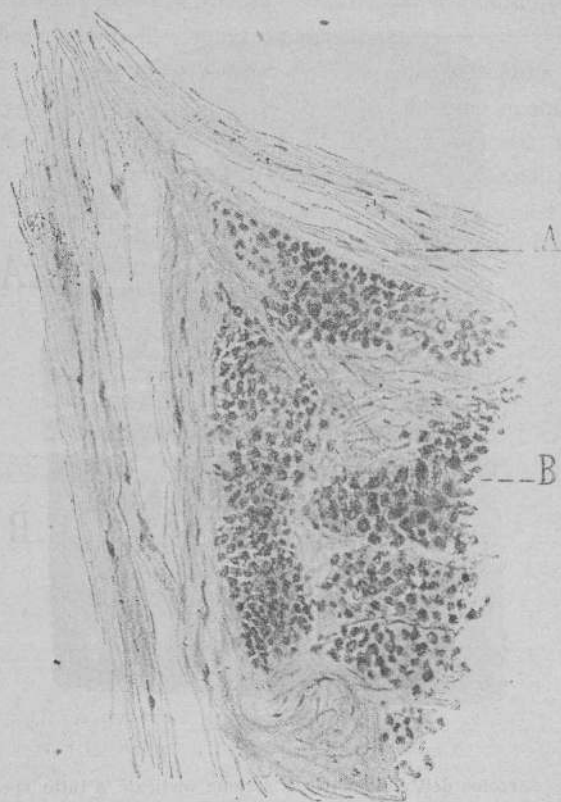


Fig. 2. — Sarcoma a cellule rotonde dell'endometrio. Dettaglio in prossimità del punto di impianto sull'utero (Ob. 5. oc. 3 - Ingr. 175).

A, trama connettivale — B, elementi del neoplasma.

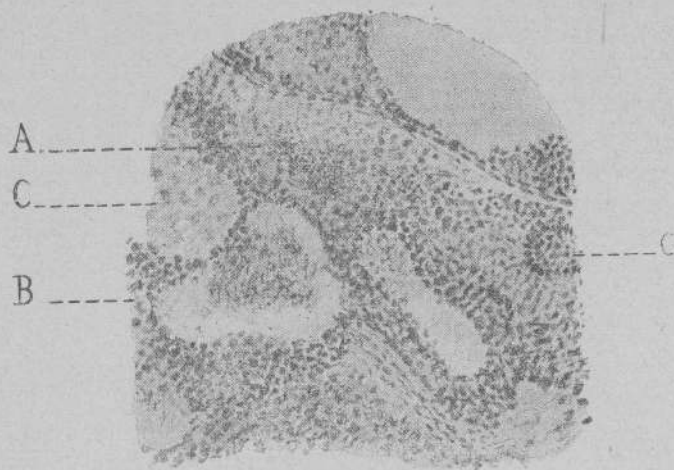


Fig. 3. — Tessuto della cervice uterina che presenta la forma mista di flogosi interstiziale, ectasie cistiche, infiltrazione epiteliale con metastasi al fondo (vedi figura 4). Ingr. 175.

A, infiltrazione microcellulare — B, cavità cistica — C, infiltrazione epiteliale.



Fig. 4. — Nodulo metastasico sul fondo dell'utero, sporgente nella cavità. (Ob. 5, oc. 3. Ingr. 175).

A, superficie endouterina — B, cavità rivestita di epitelio — C, cavità a rivestimento endoteliale — D, nodulo neoplastico.



