

266

PROF. DOTT. GIORGIO PETTA  
CHIRURGO PRIMARIO

# RELAZIONE

SUL SERVIZIO CHIRURGICO  
DELL' OSPEDALE DI FELTRE  
NELL' ANNO 1936 XIV - XV



81  
B  
74

PROF. DOTT. GIORGIO PETTA

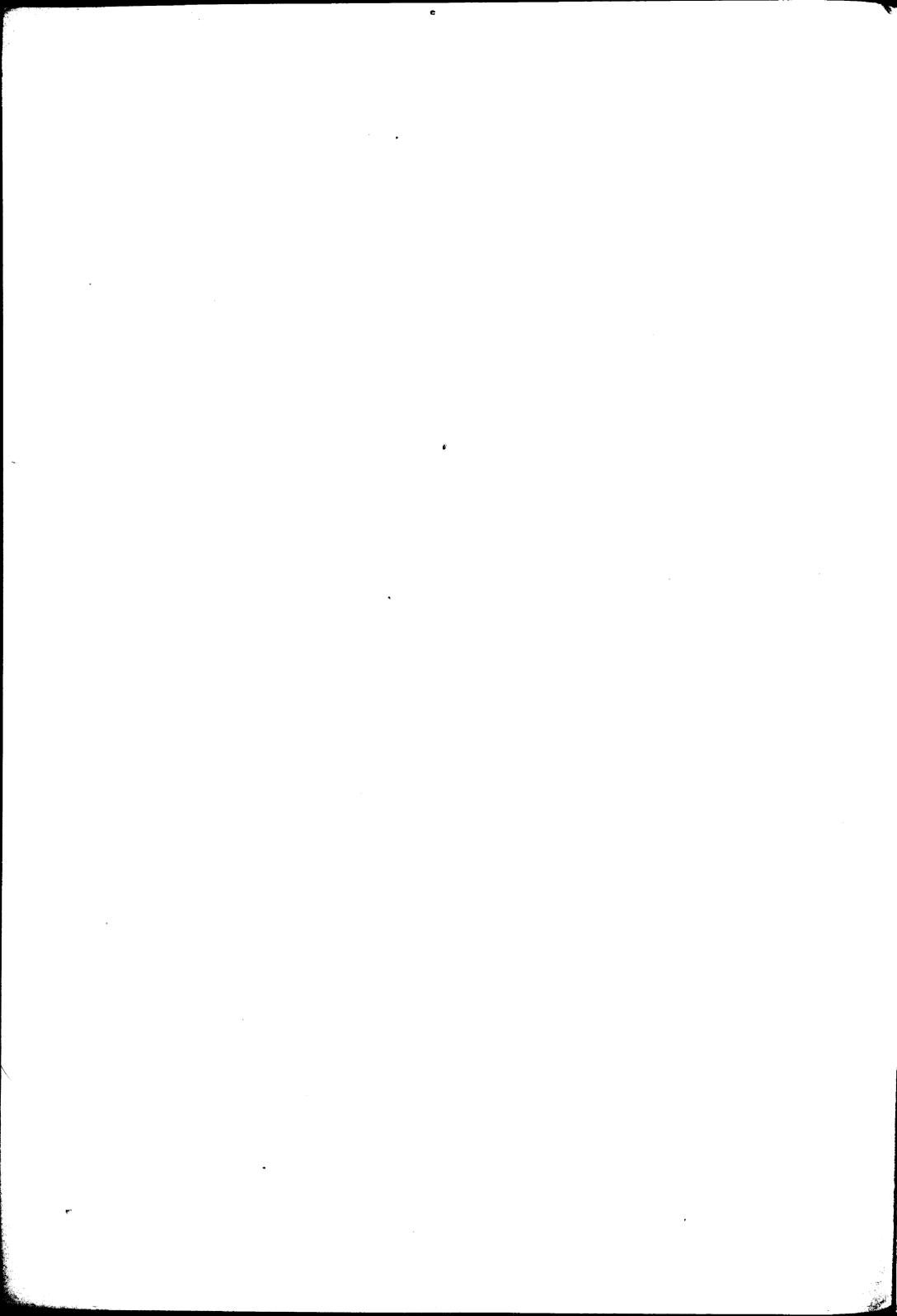
CHIRURGO PRIMARIO

---

**RELAZIONE**  
**SUL SERVIZIO CHIRURGICO**  
**DELL' OSPEDALE DI FELTRE**  
**NELL' ANNO 1936 XIV - XV**



21  
R  
L





*La costruzione del nuovo Ospedale al 1° marzo 1937 - XV E. F.  
Tutto il terzo piano è destinato alla Chirurgia.*

Nel 1936 furono ricoverati e curati nel Reparto Chirurgia 806 malati: trenta in più dell'anno precedente. Furono operati, come gli altri anni, 12 malati degenti nel Sanatorio. Diversi altri malati, ricoverati nel Manicomio, furono operati e curati nel reparto, restando amministrativamente a fare parte del Manicomio stesso.

Si è avuta cura di limitare la degenza ai giorni necessari per la guarigione: con 806 malati, il numero delle giornate di presenza è stato di 20.718. Si è scesi così alla degenza media di giorni 25,7, contro 27,01 nel 1935, 27,7 nel 1934, 34,7 negli anni 1933 e 1932.

Le spese per il materiale sanitario propriamente detto, medicatura e medicinali, furono di L. 32.158.50. Tale cifra corrisponde a L. 1,55 per giornata di presenza, contro L. 1,29 del 1935. Si è rimasti però ben lontani da L. 2,68 del 1931; l'aumento è dovuto ai forti aumenti del materiale sanitario per le sanzioni e la guerra in A. O. Il consumo non è ulteriormente riducibile poichè, molto prima di ogni sollecitazione dall'alto, ogni accorgimento era già messo in opera, in questo Reparto Chirurgia, per limitare il consumo stesso e recuperare il materiale fin dove è possibile e conveniente.

Resta così una quota irriducibile di consumo di materiale sanitario equivalente, in media, a L. 39,89 per malato, che questa Amministrazione deve coprire con i mezzi a sua disposizione.

Il consumo del materiale di medicatura più costoso s'è potuto con tenere nei limiti attuali per l'uso della medicatura cucita, dei triangoli di Meyer, delle "fasce a corpo", e delle falde di cotone cucito: tutto materiale ricuperabile molte volte; come anche per l'adozione, per le ferite operatorie asettiche, della protezione semplice con garza e cerotto.

Il consumo dei medicinali veri e propri è stato quello normale e si sono adoperate di preferenza le preparazioni sterili della farmacia dell'ospedale; un certo aggravio di spesa ha portato il prelevamento di alcune centinaia di fialette di novocaina giacenti da anni in farmacia e che perciò si sono accettate malgrado il prezzo elevato rispetto alla preparazione normale, più comoda e di minore prezzo.

Per lo strumentario chirurgico propriamente detto, non vi sono state spese speciali nel 1936; si è trattato solo della manutenzione normale e della graduale sostituzione dei pezzi deteriorati per l'uso.

I casi clinici del 1936 vanno così raggruppati per regione anatomica:

Capo . . . . .	43
Apparato visivo . . . . .	9
Orecchio, naso, gola . . . . .	33
Collo . . . . .	32
Torace, bacino, colonna vertebrale . . . . .	50
Rene, apparato uro-genitale maschile . . . . .	48
Arto superiore . . . . .	61
Arto inferiore . . . . .	101
Addome (ginecologia esclusa) . . . . .	209
Ginecologia . . . . .	64
Ostetricia . . . . .	126
Ano e retto . . . . .	13
Malattie varie . . . . .	12
Le anestesie furono complessivamente . . . . .	399

Occorre tenere presente che il numero dei casi clinici non corrisponde esattamente a quello del movimento del reparto.

## CAPO (casi 43)

- 1 *Meningite purulenta*: in osservazione per qualche ora, è riportato a casa dai parenti.
- 1 *Idrocefalo congenito*: in osservazione.
- 1 *Ateromi multipli del capo*: asportazione.
- 1 *Neuralgia 2<sup>a</sup> branca del trigemino D*: in osservazione.
- 1 *Frattura lamina esterna osso frontale S*: cura incruenta.
- 1 *Frattura esposta ossa nasali*: medicature.
- 1 *Sinusite suppurata osso mascellare superiore D*: cura radicale per via endonasale sec. Calwel-Luc e per via transmalare.
- 1 *Cancro inoperabile a punto di partenza dal mascellare superiore S*: in osservazione.
- 2 *Cancroide del naso*: asportazione, innesti alla Tiersh.
- 1 *Cancroide guancia S*: asportazione, innesti alla Tiersh.
- 1 *Contusione al capo*: in osservazione.
- 13 *Ferite lacero-contuse delle varie regioni del capo*: medicature.
- 1 *Frattura della base del cranio*: morte.
- 1 *Frattura della base del cranio con paralisi facciale D*: in osservazione; residua la paralisi.
- 1 *Frattura della base del cranio e della mandibola*: in osservazione; riposizione e contenzione della mandibola con apparecchio dentario esterno sec. Bergmann.
- 1 *Carie dentaria*: in osservazione, cure igieniche.
- 1 *Ascesso dentario*: incisione.
- 3 *Osteoperiostite suppurata della mandibola*: incisione esterna, detersione, abrasione dell'osso, zaffamento.
- 1 *Flemmone del pavimento della bocca e del collo con necrosi totale della mandibola*: largo sbrigliamento, medicature al Daekin; morte.
- 1 *Ascesso linguale*: incisione.
- 1 *Epitelioma diffuso della base linguale e dei pilastri anteriori del palato*: inoperabile; in osservazione.

- 1 *Eresipela lato D del capo* : cura incruenta.
- 3 *Eczema della faccia* : cura incruenta.
- 1 *Ustioni 1° e 2° grado faccia e mani* : cura allo scoperto per mezzo del calore e della sol. di ac. tannico.
- 1 *Ferita d'arma da fuoco alla faccia con ritenzione di 3 piccoli proiettili* : cura incruenta.
- 1 *Ferita d'arma da fuoco con frattura comminuta della mandibola* : ricostruzione della mandibola, medicatura.

#### APPARATO VISIVO (casi 9)

- 3 *Congiuntivite acuta* : colliri.
- 1 *Cherato congiuntivite* : atropina, xeroformio, cure generali.
- 1 *Corpo estraneo della cornea S* : asportazione.
- 1 *Ferita penetrante occhio S, cataratta traumatica* : atropina, bleu di metilene.
- 1 *Cataratta senile occhio S* : cura radicale.
- 1 *Panoftalmite D* : enucleazione.
- 1 *Dacriocistite D* : asportazione del sacco lacrimale.

NB. - Le operazioni pertinenti alla specialità furono eseguite dall'oculista Dott. Ferrari.

#### ORECCHIO - NASO - GOLA (casi 33)

- 2 *Rinite cronica, polipi nasali* : asportazione dei polipi.
- 2 *Tonsillite acuta* : cura incruenta.
- 3 *Ascesso tonsillare* : incisione.
- 8 *Tonsillite ipertrofica* : 2 cura incruenta, 6 asportazione totale bilaterale.
- 3 *Tonsillite ipertrofica, vegetazioni adenoidi* : asportazione delle tonsille e delle veget. adenoidi.
- 1 *Epitelioma inoperabile tonsilla D* : morte per cachessia.
- 1 *Otite media cronica D* : cura incruenta.

- 1 *Otite media suppurata bilaterale, insufficienza renale*: morte per uremia.
- 1 *Ascesso aperto del condotto uditivo esterno S*: cura incruenta.
- 3 *Mastoidite acuta*: cura incruenta.
- 3 *Perimastoidite suppurata*: incisione.
- 5 *Mastoidite suppurata*: 1 antrotomia. 1 antroatticotomia. 1 antrotomia con cellullectomia estesa. 2 operazioni radicali di Stake: di questi uno esce dopo 11 giorni contro il parere dei sanitari.

### COLLO (casi 32)

- 1 *Flemmone diffuso del collo*: ampî sbrigliamenti e medicature al Dakin.
- 3 *Ascesso cervicale*: incisione.
- 6 *Adenite tubercolare del collo*: 4 asportazioni del pacchetto ghiandolare interessato; 1 incisione; 1 cura incruenta.
- 1 *Angina di Ludwig*: ampia apertura e drenaggio per via translinguale S.
- 1 *Cisti branchiale sopraioidea*: asportazione per via sublinguale. (1)
- 3 *Epitelioma della parotide*: 1 asportazione totale; 2 inoperabili.
- 12 *Tubercolosi polmonare*: 12 frenicotomie unilaterali con taglio sopraclavicolare.
- 1 *Gozzo del lobo D della tiroide*: enucleazione per via trans-sterno-cleido-mastoidea.
- 1 *Gozzo intratoracico*: asportazione per la via della fossa giugulare con taglio trasverso sec. Kocher. (2)
- 1 *Difterite laringea*: tracheotomia.
- 1 *Sezione totale del laringe*: ricostruzione: morte al terzo giorno per broncopolmonite da aspirazione.
- 1 *Sezione trasversa prelaringea, sezione dei tendini flessori al polso D e S e dei muscoli del polpaccio S*: ricostruzione.

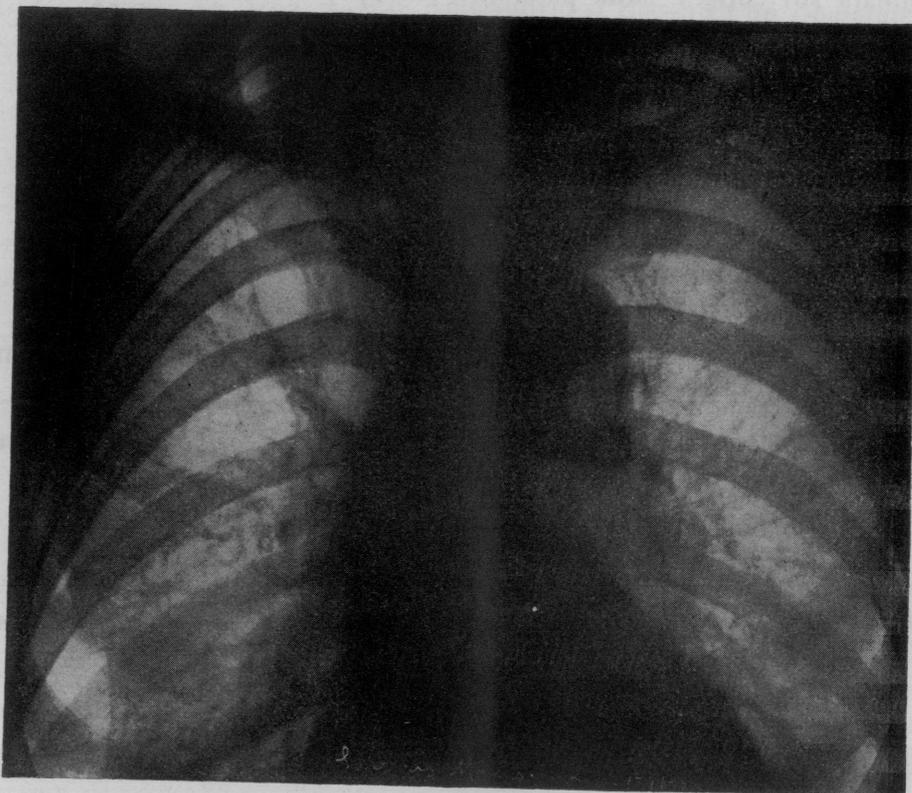
(1) G. Massimiliano da Padova, anni 6. *Cisti della regione sopraioidea, d'origine branchiale, estrinsecata nel pavimento della bocca.* Si tratta di un bambino normale, sviluppato, che si presenta "a bocca

piena,, con difficoltà grave a parlare ed a masticare. Ciò per la presenza di un corpo sviluppatosi fra lingua e pavimento della bocca e che, aumentando più rapidamente nelle ultime settimane, ha raggiunto le dimensioni di una grossa noce. All'esame obiettivo si può stabilire che la lingua e le ghiandole sublinguali sono indipendenti, solo spinte in alto dalla massa sviluppatasi fra lingua e arcata mandibolare. Consistenza dura; la massa segue i movimenti dell'osso joide. Si preferisce l'intervento per via orale, ed è eseguito con anestesia generale per avvertina. Malgrado la ristrettezza del campo e il volume della massa neoformata, si riesce a isolarla, a staccare il polo inferiore dell'osso joide, ad asportarla intera e ricostruire i piani anatomici. Guarigione normale.

Alla sezione si riscontra che il tumore è formato da uno strato esterno connettivale robusto tappezzato internamente da uno strato di aspetto epiteliale; il contenuto è d'una pasta grassosa piuttosto spessa, senza peli frammisti. Si conferma così trattarsi di una cisti d'origine branchiale sviluppatasi verosimilmente a spese di residui del dotto ti-reoglossa. Più che per il relativo interesse anatomo-patologico, ho voluto fermarmi su questo caso per mettere in luce la possibilità di enucleare tali tumori anche per le vie naturali in casi in cui tale tecnica può sembrare troppo indoginosa per i rapporti di fissità con l'osso joide. La difficoltà è data maggiormente dallo stillicidio di sangue che ostacola nella ricerca del piano di clivaggio; il distacco del polo inferiore dall'osso joide riesce, fatto con la punta della forbice curva, sulla guida del dito.

(<sup>2</sup>) Savaris Mansueta da Lentiai, anni 56. *Gozzo intratoracico*. Trattasi di una donna inviata al Gabinetto Radiologico dell' Ospedale perchè, mentre prima era stata sempre bene, negli ultimi tempi ha sofferto di disfagia ed ha cominciato a deperire. L'esame radiologico del tubo digerente fa rilevare dei segni sospetti d'ulcera mediogastrica; ma alla radiografia del torace, si trova una massa rotondeggiante grossa come un pugno, adagiata sull'arco dell'aorta. Mostratami perciò l'amalata, è rilevato come, primo segno, lo sguardo particolare degli ipertiroidi; il collo, di forma apparentemente regolare, è più largo del normale alla base; il giugulo, malgrado una certa denutrizione, non è marcato in modo proporzionato, e il dito esploratore vi incontra

subito la superficie superiore della massa mediastinica riscontrata alla radiografia. La prova della deglutizione è positiva poichè il dito esploratore fa rilevare che il tumore segue un poco, malgrado la situazione lontana, i movimenti della cartilagine tiroide.



Consigliato l'intervento, è accettato e viene eseguito il giorno seguente, con anestesia generale per avertina, con ampio taglio arcuato orizzontale che passa per la fossa giugulare; fatta la breccia necessaria e posta la malata in posizione media di Trendelenburg, si riesce a isolare il tumore endotoracico per via smussa, col dito, ed infine ad "accoucher le goître", secondo l'espressione francese. L'operazione è quindi rapidamente portata a termine con la solita tecnica, avendo cura di conservare un tratto di tiroide sana. Guarigione regolare. Esce dall'ospedale il tredicesimo giorno dall'intervento.

L'interesse clinico notevole di questo caso non è dato tanto dalla forma anatomica già illustrata per una forma eguale dal Wurmman (riportato nel testo di v. Bergmann) e già classificato come "gozzo retro-

sternale sviluppatosi in una metà (la D) della tiroide profondamente situata „ Sta piuttosto nel fatto che la paziente per vari mesi continuò a lamentarsi solo dei suoi disturbi a carico dell'apparato digerente e talora di un po' di affanno, senza per altro che l'attenzione fosse richiamata sul collo e sulla possibilità che potesse trattarsi di un gozzo anomalo.

### TORACE - BACINO - COLONNA VERTEBRALE (casi 50)

- 2 *Contusione dorsolombare*: in osservazione.
- 1 *Nevralgia intercostale*: in osservazione.
- 1 *Nevralgia lombare*: in osservazione.
- 1 *Lussazione 4<sup>a</sup> vertebra cervicale, fratture costali multiple*: immobilizzazione.
- 2 *Ustioni di 1° e 2° grado del torace e degli arti superiori*: cura allo scoperto, col calore secco e sol. ac. tannico.
- 3 *Lipoma regione dorsale*: asportazione.
- 1 *Lipoma recidivo reg. lombare D*: asportazione.
- 1 *Osteomielite acuta del manubrio dello sterno*: resezione, zaffamento al Dakin.
- 1 *Ascesso ossifluente margine sternale S*: asportazione dell'ascesso con le sue pareti, sutura per primam.
- 1 *Morbo di Pott dorsale*: busto gessato.
- 1 *Morbo di Pott dorsale, paraparesi e paralisi degli sfinteri*: in osservazione.
- 1 *Ascesso ossifluente dorsolombare S con infezione secondaria*: larga incisione e trattamento allo scoperto.
- 1 *Ascesso ossifluente lombare D da lesione tbc. della cresta iliaca D*: vasta apertura, asportazione dei tessuti tubercolari, plastica della regione e, in secondo tempo, innesti alla Tiersh.
- 1 *Flogosi acuta dorsolombare*: impacchi caldo-umidi.
- 1 *Abrasioni ripetute di cicatrice retrosacrale consolidata*: in osservazione, cura incruenta.
- 1 *Schisi dell'arco 5° vertebra lombare*: in osservazione.

- 1 *Spina bifida lombare di alto grado con ulcerazione cutanea estesa: in osservazione.*
- 1 *Sindrome da compressione a livello della 11<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> vertebra dorsale, paraparesi flaccida: laminectomia degli archi 10° D, 11° D, 12° D, 1° L, sec. Alessandri: si riscontra un ispessimento durale e notevole assottigliamento circoscritto del midollo spinale; ricostruzione dei piani. Nessuna modificazione della paraparesi; morte dopo 6 mesi.*
- 6 *Epitelioma della mammella con metastasi ascellari: asportazione in blocco coi muscoli pettorali e col contenuto grassoso del cavo ascellare.*
- 1 *Cachessia da metastasi ascellari recidivate dopo asportazione estesa di canco ulcerato della mammella: cure esterne e generali, morte.*
- 1 *Cisti sebacea sulla mammella D: asportazione.*
- 1 *Neurofibroma pleurico D: asportazione in 2 tempi. (1)*
- 8 *Empiema pleurico: resezione costale, pleurotomia, vuotamento, drenaggio; 2 morti.*
- 1 *Empiema pleurico S con vasto scollamento della parete (empiema necessitatis): resezione 7<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup> e 9<sup>a</sup> costa S, vuotamento, medicatura a piatto; morte per cachessia dopo 20 giorni.*
- 2 *Empiema pleurico anteriore saccato: resezione costale, vuotamento, drenaggio.*
- 2 *Empiema pleurico saccato posteriore da focolaio di cancrena polmonare aperto nella pleura: resezione costale, vuotamento, drenaggio.*
- 1 *Raccolta interlobare D, fra lobo medio e infer.: resezione costale, pleurotomia, apertura della raccolta interlobare, vuotamento, drenaggio.*
- 1 *Ascesso polmonare S, empiema pleurico: resezione costale, pleurotomia, detersione, zaffamento e drenaggio.*
- 1 *Bronchiectasia S con ristagno: frenicectomia S.*
- 2 *Esiti di toracotomia per empiema: medicature.*
- 1 *Tumore solido, d'aspetto sarcomatoso, della branca orizzontale D del pube: in osservazione, inoperabile.*

(<sup>1</sup>) **Don R. da P. (Treviso)**, anni 26. *Neurofibroma della pleura D.* Trattasi di un soggetto bene sviluppato, notevolmente deperito. Mentre non ha sofferto di malattie d'altra origine, da circa sei o sette anni, in modo più o meno frequente, ha presentato dolori indefiniti alla base del torace a destra, ed, a periodi irregolari, leggere emoftoe di varia intensità, mai imponenti. Il Prof. Melegali, che lo ebbe in osservazione, dopo una puntura esplorativa, pose la diagnosi di tumore solido della base destra del torace; ciò all'incirca nel 1930.

Negli ultimi tempi i disturbi sono aumentati per la frequenza delle emoftoe ed ora anche per la sensazione indefinita della presenza di un grosso corpo estraneo alla base destra del torace; il deperimento s'è accentuato.

All'esame obiettivo si nota una riduzione di suono alla base del torace, a D, sulla ascellare media; i limiti polmonari inferiori si espandono; nulla di particolare all'ascoltazione, poichè non è dimostrabile una modificazione del reperto ascoltatorio neanche dove alla percussione il suono appare ridotto.

All'esame radiologico si riscontra, nell'angolo formato dal rachide con la metà destra della cupola diaframmatica, una massa perfettamente rotonda, di 10 cm. di diametro sulla lastra, a limiti nettissimi, senza segni di particolare reazione pleurica o polmonare.

Per i sintomi emottoici, la lunghezza del decorso e l'aspetto radiologico appariva probabile trattarsi d'una cisti di echinococco del lobo inferiore del polmone destro. Contro tale ipotesi stava la reazione di Weimberg ripetutamente e recentemente negativa, eseguita da diversi ricercatori; ma principalmente era da tenere presente la puntura esplorativa eseguita dal Prof. Melegali che aveva dichiarato di avere incontrato, con la punta dell'ago, un corpo duro, solido, che fino da allora, alla radiografia, era più grosso di un uovo di pollo.

Il Prof. Melegali, che poi, essendo venuto a mancare, non poté seguire il malato, aveva prospettata la possibilità dello sviluppo rapido di un tumore maligno. Ma al momento dell'esame erano già passati circa sei anni, d'allora, e perciò ho concluso per la presenza di un tumore solido a decorso benigno; ho consigliato l'intervento in due tempi, analogamente a quanto si fa per le cisti d'echinococco del polmone secondo la tecnica di Antonucci.

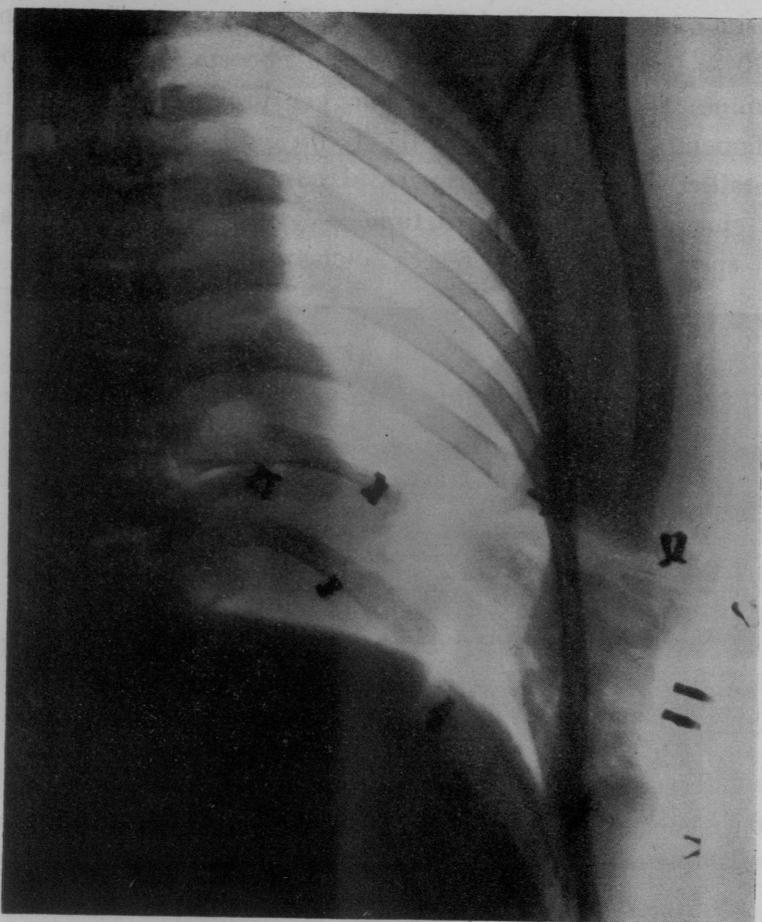
Il primo intervento è dell'8-7-1936: anestesia locale con novocaina 0.50‰, ampia resezione della 6<sup>a</sup> e 7<sup>a</sup> costa D che corrispondono, in proiezione, al tumore; iodizzazione per provocare irritazione pleurica; zaffamento. Ai margini della ferita cutanea sono applicati dei punti metallici da servire di repere al controllo radiografico; si vede così, nei giorni seguenti, che il tumore è aggredibile bene dalla breccia praticata, specialmente se si reseca anche la 8<sup>a</sup> costa D.



*Radiografia del torace dopo il primo intervento.*

*Si vede bene l'ombra densa, rotondeggiante, del tumore alla base del torace, in corrispondenza delle coste resecate. Non si nota reazione speciale attorno al tumore.*

Ma la pleura viscerale non aderisce alla pleura parietale messa allo scoperto. Un ulteriore controllo radiografico mette in evidenza l'avvenuta formazione del pneumotorace, la retrazione del polmone, la sede sopradiaframmatica del tumore.



*Radiografia eseguita dopo avvenuto il pneumotorace.  
Visibile il tumore rotondeggiante sooradiaframmatico, in corrispondenza delle tre Michel.*

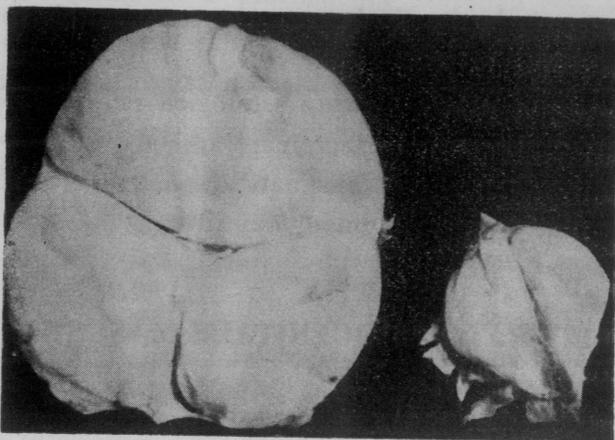
Il secondo intervento è del 20 - 7 - 36 :

Anestesia generale con avertina, più etere. Resezione estesa del 8<sup>a</sup> costa destra. Ampia apertura della cavità pleurica utilizzando tutta la breccia toracica ottenuta nei due interventi e divaricando bene con il divaricatore a due branche di Kocher. Si riesce a isolare un tumore liscio, duro, grosso come un pugno, posto nel seno costodiaframmatico, a destra della colonna vertebrale, esteso dall'indietro fin verso l'ascellare media. Appare ugualmente e intimamente unito alla pleura parietale ed alla viscerale, essendo innicchiato nella superficie inferiore del lobo polmonare soprastante ; non presenta invece connessioni intime con la parete toracica. Accanto al tumore descritto ve n'è

un secondo, dello stesso aspetto, grande come un pollice, e si asporta. Si notano irregolarità sessili della pleura all'angolo pleuro-pericardico, ma non hanno aspetto neoplastico, sono difficilmente aggredibili e perciò si richiude in parte la breccia toracica ponendo termine all'intervento già abbastanza traumatizzante.

Fatta successivamente una controapertura anteriore, non sono più repertate le "frange", pleuriche osservate e perciò si rinuncia alla loro ricerca.

La breccia toracica, necessariamente molto ampia ha messo vari mesi a guarire; oggi però il paziente sta bene, in ottime condizioni generali ed è notevolmente aumentato di peso.



*Descrizione del tumore asportato:* È una massa regolarmente rotondeggiante, "fiscelée", con capsula connettivale sottile, resistente, con tramezzi che si approfondano nella massa tumorale dando così un aspetto leggermente lobato alla superficie esterna. Alla sezione la massa tumorale è compatta, bianca, quasi perlacea, protrude dalla superficie del taglio. Vi è un accenno alla suddivisione in grossi lobi rotondeggianti. Non vi sono vasi nè lacune vasali visibili nè zone di necrosi o d'aspetto differente da quello descritto.

All'esame istologico il tumore risulta costituito da fasci connettivali robusti, costituiti da lamelle sinuose addossate l'una all'altra e intersecantesi in varie direzioni; tra esse esistono dei grossi tronchi nervosi bene costituiti. Inoltre mentre in qualche tratto, all'interno dei vasi in particolare, esiste tenue infiltrato linfocitario, in altre zone si

notano elementi scuri, rotondeggianti od ovalari, con nucleo per lo più eccentrico, identificabili con cellule simpatiche. In più tratti si vedono zone di edema; non necrosi nè focolai emorragici.

I tumori primitivi della pleura sono estremamente rari. Leydel ha riunito 40 casi, di cui 29 di cancro, con 2 che si poterono asportare: 11 erano sarcomi, di cui 1 fu operato da Garre e 2 altri erano operabili. Vi sono altri due casi di Tédénot e Martin e di Ricard. Per lo scarso numero dei casi operati e per l'abituale natura maligna di questi tumori la chirurgia di essi non ha una tecnica prestabilita ed è considerata anche, perciò, molto aleatoria, tanto più che i risultati sono abitualmente cattivi. Già però F. Riedinger ha fatto l'osservazione che quando si riesce a fare una estirpazione totale, si ottiene la guarigione operatoria anche se si devono asportare ampie porzioni della parete toracica.

Nel nostro caso, data la natura istologica del tumore che non ha rivelato zone in degenerazione sacromatosa, è da sperare che la guarigione clinica ottenuta, già accompagnata da notevole stato di floridezza del paziente, si dimostri, col tempo, definitiva.

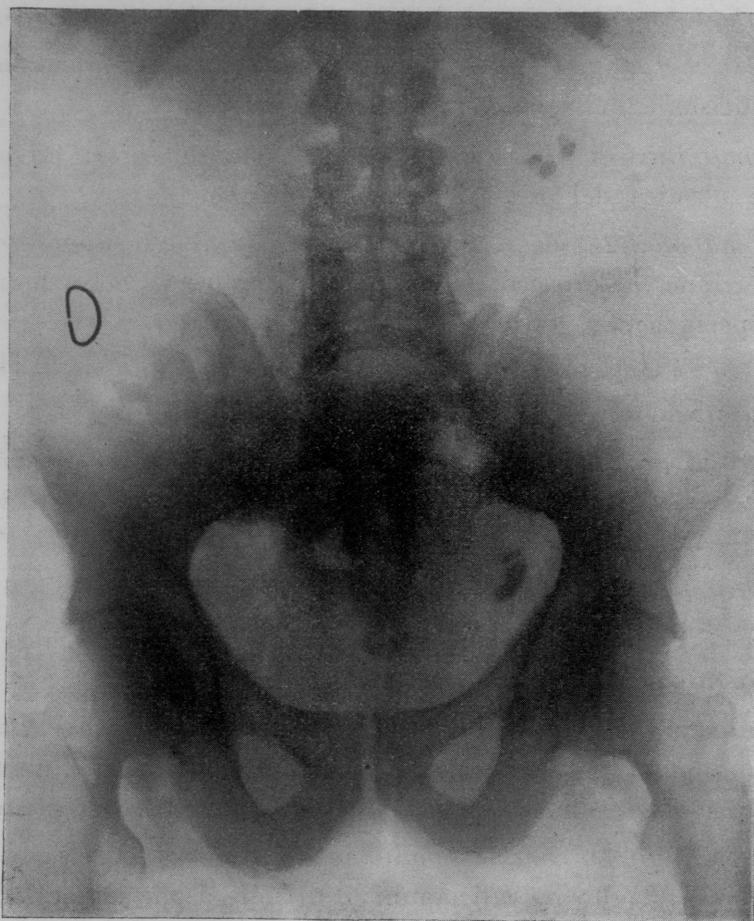
### RENE - APPARATO UROGENITALE MASCHILE (casi 48)

- 3 *Sindrome renale acuta*: in osservazione.
- 1 *Ematuria totale*: in osservazione.
- 1 *Rene mobile di 3° grado bilaterale con inginocchiamento dell'uretere a D e S* (controllo radiografico): in osservazione.
- 1 *Ipernefroma della loggia renale D a sviluppo indipendente dal rene*: esplorazione: impossibile l'asportazione; morte.
- 1 *Disuria*: in osservazione.
- 1 *Perinefrite S suppurata*: lombotomia, vuotamento, drenaggio; morte.
- 2 *Pielite subacuta*: cura incruenta.
- 1 *Calcolosi del polo inferiore del rene S e dell'uretere pelvico S*: ampia lombotomia obliqua; nefrotomia, estrazione di 4 calcoli e sutura del rene in catgut; ureterotomia longitudinale bassa, estrazione di 5 calcoli e sutura dell'uretere; drenaggio, sutura parziale della ferita. (1)

- 1 *Pionefrosi calcolosa D*: nefrectomia D.
- 4 *Cistite acuta*: cura incruenta.
- 1 *Cistite cronica*: cura incruenta.
- 1 *Piccoli fibromi proccidenti del collo vescicale*: asportazione.
- 1 *Epitelioma vegetante della vescica*: epicistotomia, asportazione del tumore con la base di impianto, tamponamento della vescica e drenaggio.
- 3 *Uretrite gonococcica acuta*: cure esterne.
- 1 *Restringimenti uretrali multipli da uretrite progressa*: in osservazione.
- 2 *Fimosi*: plastica sec. Campana.
- 1 *Parafimosi*: riduzione e plastica del prepuzio sec. Campana.
- 1 *Fimosi, balanopostite suppurata*: asportazione del prepuzio e lunga incisione della cute dorsale del pene.
- 1 *Sifiloma iniziale del glande, fimosi, balanopostite*: circoncisione e plastica del prepuzio; cure specifiche.
- 1 *Sifiloma iniziale, ulceri molli, adenite inguinale S suppurata*: asportazione del pacco ghiandolare suppurato, cure locali, cure specifiche.
- 1 *Calcolo incuneato nell'uretra peniena; ritenzione acuta d'urina*: uretrotomia esterna ed estrazione del calcolo,
- 6 *Ipertrofia prostatica, ritenzione acuta d'urina*: 1 prostatectomia per via alta in due tempi, 1 epicistotomia e drenaggio vescicale, 3 cura incruenta col catetere a permanenza.
- 4 *Varicocele S*: cura radicale per via inguinale.
- 4 *Idrocele cronico*: escissione ed everzione della vaginale per via inguinale.
- 1 *Pseudoermafroditismo maschile, ernia inguinale congenita D e S, ipospadia perineale*: cura radicale delle due ernie, abbassamento e fissazione dei 2 testicoli nell'emiscroto corrispondente. (2)
- 1 *Criptorchidia D, enorme seminoma del testicolo D ritenuto nell'addome*: taglio ombelico-pubico, difficile asportazione del tumore aderente, per cui si incide la parete vescicale; sutura della breccia vescicale che si rende extraperitoneale nella ricostruzione totale della parete. (3)

- 1 *Seminoma del testicolo D. Idrocele sintomatico*: asportazione del tumore e del cordone spermatico fino all'anello inguinale interno; ricostruzione della parete addominale. (4)

(1) **B. Ferruccio** di a. 46 da S. Stefano di Cadore. - *Calcolosi del polo inferiore del rene S e dell'uretere pelvico S.* - È un paziente longilineo, bene conformato, deperito. Ha una lunga storia di disturbi urinari con dolori accessionali a punto di partenza dalla regione lombare S, irradiazione in basso verso il testicolo sinistro. Frequente stimolo alla minzione che è molto dolorosa con senso di bruciore, intensificazione di dolori acuti all'ipogastrio, emissione di poca urina urente.



La radiografia dimostra la presenza di un gruppo di calcoli a livello del rene S e di un altro gruppo a livello dell'uretere pelvico S.

Si consiglia l'intervento che è accettato ed eseguito il 22 - 7 - 1936.

Rachianestesia, posizione per il rene con forte flessione nel fianco destro. Incisione ondulata obliqua di Guyon lunga 32 cm. Si mette allo scoperto il rene e l'uretere sinistro fino alla vescica. Si palpano, attraverso il parenchima renale, i calcoli inniechiati nel polo inferiore; l'aspetto del rene e del bacinetto è normale. L'uretere, di aspetto normale, si segue metodicamente verso il basso; il gruppo di calcoli ricercato si trova a due dita trasverse oltre l'incrocio dell'uretere con l'arteria iliaca primitiva nel tratto di decorso in cui l'uretere segue lo stesso decorso dell'arteria e della vena iliaca interna. Per manovre esterne non è possibile far risalire i calcoli in un tratto meno profondo e pericoloso, per gl'intimi rapporti con i vasi ilioci interni. Finita l'esplorazione, si decide di attenersi al criterio conservativo; pertanto si protegge la parte inferiore della ferita e si procede alla nefrotomia ampia, dalla convessità renale; si asportano i calcoli, si esplora tutto il parenchima renale e infine si procede alla sutura con due ordini di punti in cotgut secondo la tecnica classica.

Controllata l'emostasi della sutura, si passa all'estrazione dei calcoli dell'uretere. Non è possibile, come s'era prima tentato, di farli risalire, non è possibile praticare l'ureterotomia sui calcoli per la loro situazione anatomica; pertanto si procede all'ureterotomia longitudinale a due centimetri prima dell'incrocio con la arteria iliaca primitiva, ed attraverso la breccia così praticata, con il cucchiaino da calcoli di Kocher e l'aiuto di manovre esterne, fatte coll'indice sinistro appoggiato sui calcoli, si riesce ad asportare tutti e sette i calcoli presenti nell'uretere. Esplorato nuovamente tutto l'uretere con l'isterometro, assicuratisi dell'assenza di altri calcoli e di emorragia renale in atto, si sutura alla Lembert la ferita dell'uretere, e si ricostruiscono i piani anatomici, lasciando due lunghette di drenaggio, che si ritirano dopo qualche giorno.

Urina delle 24 ore, il 1° giorno, 1250 cc., ematica; nei giorni successivi l'urina s'è schiarita rapidamente e s'è mantenuta sempre fra 1500 e 2000 cc. Guarigione regolare della ferita. Uscito dall'ospedale al ventitreesimo giorno dopo l'intervento.

Il caso merita d'essere segnalato per la difficoltà dell'intervento sull'uretere e perchè, con l'ottimo risultato ottenuto, incoraggia a tentare sempre la chirurgia conservativa, anche nei casi indaginosi, quando le condizioni anatomiche del rene stanno per la sua conservazione.

(<sup>2</sup>) **D. L. Elda** di a. 9. - *Ernia inguinale congenita bilaterale. Pseudoermafroditismo maschile. Ipospadià perineale.* - È il primo di quattro fratelli, di 9, 7, 5, 3 anni, che si trovano esattamente nelle stesse condizioni e che, per errore iniziale di giudizio, si trovano iscritti nel loro registro di stato civile come appartenenti al sesso femminile. Mi si riferisce che altri 5 figli degli stessi genitori sono bene conformati. L'imperfezione, identica per i 4 fratelli osservati, è la seguente: ernia inguinale congenita bilaterale: criptorchidia bilaterale; possibile la palpazione dei due testicoli a livello dell'anello inguinale interno; ipospadià perineale con apertura dell'uretra perineale fra le due metà dello scroto rimaste vuote e non saldate sulla linea mediana.

Nel soggetto operato, di 9 anni, si è proceduto alla cura radicale delle due ernie inguinali, all'abbassamento ed alla fissazione dei due testicoli, ciascuno nella metà corrispondente dello scroto. La plastica dell'uretra e dello scroto si potrà fare quando, per l'ulteriore sviluppo, sarà possibile l'intervento.

Gli altri tre casi devono essere ancora operati.

Il caso è notevole perchè, mentre non è troppo frequente una forma così completa di pseudoermafroditismo maschile, è forse unica la stessa malformazione congenita in 4 fratelli, mentre altri 5 sono bene conformati.

(<sup>3</sup>) **S. Cleofe**, di a. 30. (Scheda N. 166). - *Criptorchidia D con degenerazione neoplastica del testicolo D ritenuto.* - È un soggetto di sviluppo normale che però presentava, alla nascita, criptorchidia bilaterale congenita, correttesi spontaneamente col tempo, a sinistra, dove si ritrova il testicolo disceso nella metà corrispondente dello scroto. A destra la criptorchidia è rimasta. Sviluppo sessuale normale. Da alcuni mesi si è accorto della presenza di una tumefazione addominale della regione ombelico-pubica, dotata di progressivo accrescimento, con tendenza a invadere la forma iliaca destra. La diagnosi non presenta difficoltà. L'intervento è eseguito il 15-6-36. Rachianestesia. Taglio ombelico pubico. Difficile isolamento del tumore dalle pareti della fossa iliaca destra, dal tenue e dalla vescica; è necessario lasciare, addossato al tumore, un tratto della parete vescicale. Si ricostruisce a più strati la parete vescicale, si peritonizza e si ricostruisce la parete addominale in modo da lasciare la sutura vescicale fuori della grande cavità peri-

tonale. Guarigione regolare. L'A. esce dopo 15 giorni dall'intervento. La guarigione si mantiene ancora dopo 7 mesi.

Il tumore era formato dal testicolo destro ritenuto, enormemente aumentato di volume. La superficie esterna era liscia, irregolarmente lobata; superficie di sezione di un colorito, a tratti, biancastro o giallo rossastro e solcato da sedimenti che dividono il tumore in lobuli. Non è possibile individuare l'epididimo. Con le sezioni eseguite da frammenti prelevati in diverse parti, la compagine dell'organo originario appare completamente trasformata nella sua architettura, in quanto non si scorgono più i dotti seminiferi, ma solo i loro residui nei quali vi sono elementi neofornati.

Esternamente si ha una capsula connettivale dalla quale si dipartono numerose travate, spesse perifericamente, sottili verso le parti centrali, che conferiscono al tessuto una struttura alveolare. Internamente le cellule appaiono con un protoplasma chiaro, cosparso di fini grani, a contorni molto netti. In nessun punto si scorge la confluenza di questi elementi cellulari. Il loro nucleo, disposto prevalentemente al centro, con numerosi nucleoli, offre frequentemente immagini mitotiche. Alcuni nuclei sono più voluminosi e contenuti in numero di 2 o 3 in cellule più grandi di quelle sopra ricordate.

Lo stroma che compone l'impalcatura sopra descritta è ricco di vasi e in preda, in qualche tratto, ad infiltrazione emorragica. Dalla natura degli elementi, che molto si avvicinano a quelli del linfosarcoma, per la loro forma rotondeggiante, ma che di questo non hanno i caratteri, si può stabilire trattarsi di un seminoma del testicolo. L'aspetto chiaro delle cellule è determinato dalla ricchezza di glicogene disciolto dall'acqua, essendo stato il pezzo fissato in formalina.

Questo caso di prognosi sfavorevole, malgrado l'ottimo risultato chirurgicamente ottenuto, l'ho citato perchè rappresenta l'esito più temuto della criptorchidia congenita di cui ho riportato un gruppo di 4 casi nella stessa famiglia.

Questi cinque casi, più un caso di ipotrofia grave dell'apparato genitale in un uomo sui 30 anni, sono tutti della stessa piccola località. Non vi sono ipotesi fondate da fare per spiegare questo singolare aggruppamento di casi, ma l'osservazione va notata ugualmente.

(<sup>1</sup>) C. Giacomo di a. 53, operaio. - Scheda N. 158. - *Seminoma del testicolo D con idrocele sintomatico.* - È un soggetto bene conformato che subì 6 anni addietro la cura radicale di un'ernia inguinale D. Da circa un mese vi è stato rapido accrescimento di volume della metà destra dello scroto grossa come un cedro, tesa; mentre anteriormente e in alto vi è fluttuazione, posteriormente si riesce a dimostrare la presenza di un testicolo duro, liscio, pesante, grosso quasi come il pugno. L'A. accetta con difficoltà l'intervento demolitivo che è eseguito il 4-6-36. Rachianestesia. Apertura ampia del canale inguinale, asportazione del testicolo con la sua vaginale e degli elementi del cordone fino dov'è possibile seguirli entro la cavità addominale.

L'A. uscito chirurgicamente guarito, è morto quasi esattamente dopo sei mesi per metastasi multiple viscerali.

L'aspetto del tumore era un po' differente dal tumore precedentemente descritto, sebbene della stessa natura. Qui sono infatti manifesti e numerosi i fatti necrotico-emorragici, costituiti da tratti rosso nerastri nella parte centrale, giallastri nelle parti periferiche. Si ha una capsula che circonda il tessuto neoformato ed invia tralci verso il centro, ma non in forma di veri e propri alveoli, in quanto si hanno dei vasti campi, dove gli elementi a forma rotondeggiante sembra costituiscano da soli e, senza, si può dire, interposizione di uno stroma evidente, l'architettura del tumore. Anche questi elementi, come quelli del caso precedente, hanno una forma rotondeggiante con protoplasma chiaro, cosparso di granuli. Difatti si hanno vaste zone composte da cellule con i caratteri ricordati, circondate da spessi tralci connettivali, le quali, nella loro parte centrale, sono necrotiche e con infiltrazione emorragica. In alcuni tratti, il connettivo stromale presenta numerosi fatti di jalinosi.

Anche questa neoplasia può essere identificata come *seminoma del testicolo*, forse di data più antica del precedente. Per quanto gli aspetti offerti dallo stroma possano grossolanamente confondere e dare così l'impressione che non si tratti di una forma di seminoma a sviluppo endocanalicolare.

La morte per metastasi all'abituale scadenza dei sei mesi ha confermato la natura maligna del tumore.

## ARTO SUPERIORE (casi 61)

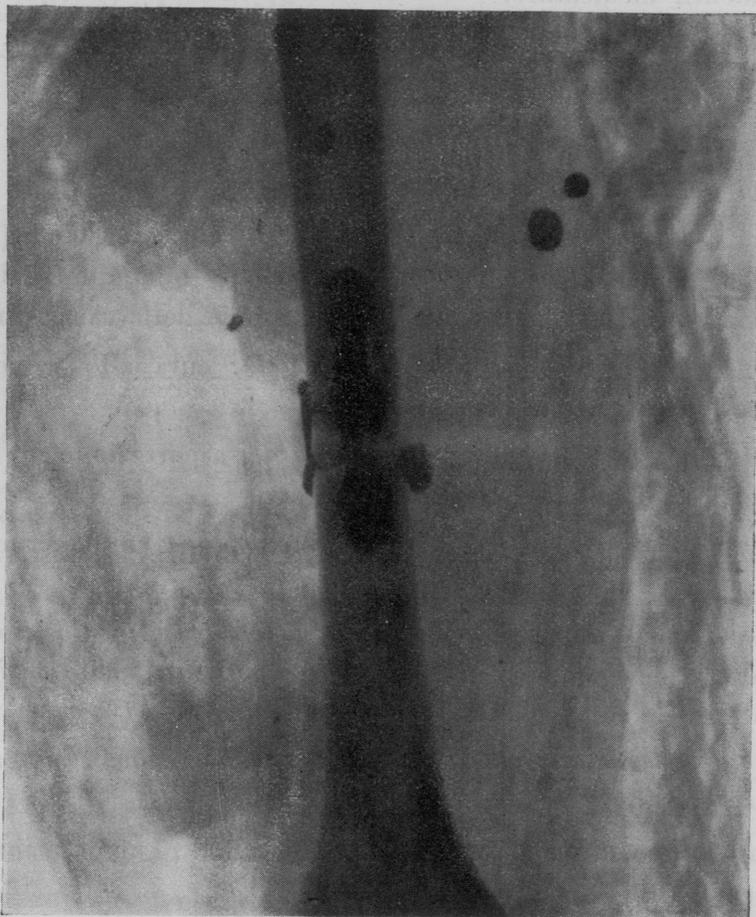
- 2 *Contusione braccio e gomito D*: in osservazione.
- 1 *Ustioni 1° e 2° grado braccio S*: trattamento allo scoperto con aria calda e sol. ac. tannico.
- 1 *Ago infisso nella mano D fra 4° e 5° metacarpo*: asportazione.
- 1 *Encondroma 2° falange, 5° dito, mano S*: asportazione.
- 1 *Sezione tendini flessori indice D*: tenorrafia.
- 1 *Sezione tendini estensori pollice S*: tenorrafia.
- 1 *Sezione tendine lungo estensore pollice D*: tenorrafia.
- 1 *Sezione tendini flessori 4° dito mano S*: tenorrafia.
- 5 *Ferite varie della mano con lesioni scheletriche*: disarticolazione e amputazione di varie dita, regolarizzazione delle ferite, medicature.
- 2 *Flogosi mano e avambraccio D*: cura incruenta.
- 1 *Linfadenite ascellare D*: incisione.
- 1 *Osteomielite totale omero S*: morte poco dopo il ricovero.
- 2 *Osteomielite omero S, pioemia a localizzazioni multiple*: interventi multipli per drenaggio; è infine riportato a casa non guarito.
- 5 *Patereccio osseo*: larga incisione, scollamento, medicatura.
- 2 *Giradito*: incisione, medicatura a piatto.
- 1 *Tubercolosi fistolizzata gomito S e ginocchio D*: vi è inoperabilità, per cachessia; morte.
- 1 *Tubercolosi fistolizzata radio S al 3° medio*: resezione del radio S al 3° medio per 10 cm., zaffamento.
- 1 *Tubercolosi 1° falange pollice S*: disarticolazione del pollice.
- 8 *Flemmone di varia gravità ed estensione dell'arto superiore*: larghe incisioni, scollamenti, medicature al Daekin, infine innesti alla Tiersh per abbreviare il tempo di cicatrizzazione delle ferite.
- 1 *Artrite secca di Volkmann della spalla S*: inoperabile per l'età e le condizioni generali, e per lesioni viscerali in atto, è trasferito in medicina.
- 1 *Lussazione ascellare omero S*: riduzione in narcosi.

- 1 *Lussazione anteriore omero S con frattura del trochite: riduzione in narcosi.*
- 1 *Lussazione inveterata, sottoclavicolare, spalla S (di 40 giorni): riduzione in narcosi.*
- 1 *Lussazione postero-esterna gomito D: riduzione in narcosi.*
- 1 *Lussazione epifisi superiore radio D (braccio girato dei bambini): riduzione.*
- 3 *Frattura della clavicola al 3° medio: 2 osteosintesi metallica, 1 cura incruenta.*
- 1 *Frattura esposta omero S, 3° medio, con distruzione delle parti molli esterne (ferita d'arma da fuoco): osteosintesi metallica, medicatura a piatto. (¹)*
- 1 *Frattura omero S al collo chirurgico: riduzione, gesso.*
- 2 *Frattura irriducibile epicondiloidea dell'omero: 1 riduzione cruenta ed osteosintesi metallica con taglio di Park; 1 rifiuta l'intervento.*
- 1 *Frattura antica irriducibile del gomito D: rifiuta l'intervento.*
- 3 *Frattura al radio al 3° inferiore: riduzione incruenta.*
- 3 *Frattura di Colles: riduzione incruenta.*
- 1 *Frattura esposta 2° e 4° dito mano D, 1° e 2° metatarso D: riduzione, medicatura.*
- 1 *Frattura 3° metacarpo mano S e 4° costa S: riduzione, immobilizzazione.*
- 1 *Frattura esposta 4° dito mano S: riduzione, medicatura.*

(¹) Cecchin Angelo di anni 14, da Anzaven di Cesio Maggiore. - Ferita d'arma da fuoco al braccio S. - È un soggetto bene conformato, ricoverato d'urgenza il 30-8-36. Presenta frattura esposta dell'omero S al terzo medio, con asportazione delle parti molli del lato esterno del braccio per circa 10 cm. e fino all'osso, rottura del nervo radiale non più reperibile nella ferita; margini scollati e tatuati di nero, inquinamento della vasta ferita con terra e detriti.

Il fascio neurovascolare del braccio è integro; si decide pertanto la conservazione dell'arto. Fatta la pulizia più accurata della ferita ed escisi i margini bruciacchiati, per mettersi nelle condizioni di sorvegliare le anfrattuosità e gli scollamenti delle parti molli, si procede

all'osteosintesi metallica mediante una piccola placca di Lane a 3 viti di cui 2 pel frammento superiore e 1 per l'inferiore; per maggiore sicurezza si aggiunge un piccolo punto d'argento, da lasciare finchè il focolaio di frattura comincerà ad essere fissato dalle granulazioni. Tolta poi la placca di Lane ed il punto d'argento al momento opportuno, l'A. può uscire chirurgicamente guarito dopo 110 giorni.



Cecchin Angelo. - Radiografia. - *Visibili bene la osteosintesi, i proiettili e la perdita di sostanza delle parti molli del braccio.*

Residua la paralisi del radiale per cui sarà tentato l'intervento qualora l'A. ritorni come gli è stato consigliato.

Il risultato ottenuto, e cioè la conservazione di un arto utile anche se dovesse restare così minorato, incoraggia a tentare la chirurgia conservativa anche dopo traumi così gravi.

## ARTO INFERIORE (casi 101)

- 1 *Erisipela gamba S: cura incruenta.*
- 1 *Flebite arto inferiore S: cura incruenta.*
- 20 *Flogori e suppurazioni varie dell'arto inferiore: incisioni, scollamenti, medicature.*
- 2 *Borsite prerotulea: asportazione.*
- 1 *Borsite laterale del ginocchio: asportazione.*
- 7 *Ferite varie dell'arto inferiore: medicature.*
- 2 *Varici arti inferiori: cura incruenta.*
- 4 *Varici e ulcere varicose arti inferiori: 3 cura incruenta (1 morto per marasma senile); 1 asportazione bilaterale della vena Grande Safena sec. Mayo e asportazione delle varici più grosse.*
- 1 *Ustioni 1° e 2° grado arto inferiore D: cura allo scoperto con sol. a. tannico e aria calda.*
- 2 *Adenite tuberc. inguinale S fistolizzata: asportazione di tutto il pacco ghiandolare, medicatura.*
- 3 *Tubercolosi chiusa articolazione coxofemorale: cura incruenta con apparecchio gessato.*
- 2 *Tubercolosi fistolizzata dell'articolazione coxofemorale: correzione della deviazione dell'arto e cura cruenta delle fistole sede di infezione secondaria: esito in guarigione (1).*
- 1 *Esiti di resezione del ginocchio D per tubercolosi (suppurazione sottocutanea tardiva): incisione.*
- 2 *Tubercolosi fistolizzata infetta tibiotarsica: amputazione della gamba al 3° inferiore.*
- 1 *Tubercolosi 1° falange alluce D: disarticolazione alluce D.*
- 1 *Tubercolosi chiusa tibiotarsica D: gesso.*
- 2 *Artrite suppurata del ginocchio: artrotomia ampia ai due lati della rotula, drenaggio.*
- 1 *Sinovite traumatica del ginocchio: cura incruenta.*
- 1 *Sezione trasversa rotula S, ferita trasversa prerotulea D: sutura della rotula S e della ferita D e S.*

- 1 *Lussazione congenita bilaterale dell'anca*: riduzione incruenta sec. Lorenz.
- 1 *Lussazione congenita anca D*: riduzione incruenta sec. Lorenz.
- 1 *Retrazione dei muscoli flessori della coscia S*: (esito di poliomielite ac. anter. dell'infanzia): tenotomia distale dei muscoli bicipite, semimembranoso e semitendinoso: estensione corretta dell'arto al ginocchio.
- 1 *Retrazione cicatriziale della regione posteriore dell'arto inferiore S, esito di rasto flemmone di tutto l'arto*: cura cruenta del flemmone per vastissimi sbrigliamenti. A guarigione avvenuta si procede alla tenotomia distale dei muscoli flessori della coscia (bicipite, semitendinoso, semimembranoso) e del tendine di Achille; infine si praticano innesti alla Trierish sulle ampie zone granulanti.
- 1 *Osteomielite femore S, stato settico*: apertura della diafisi, zaffamento: morte.
- 1 *Osteomielite acuta tibia D*: apertura di tutta la diafisi tibiale, zaffamento.
- 1 *Osteomielite della tibia S e della 1<sup>a</sup> falange indice D*: apertura e abrasione della tuberosità tibiale, poi apertura della diafisi tibiale, e incisione ai due lati dell'indice D: medicature al Dackin: guarigione.
- 1 *Osteomielite cronica fistolizzata tibia D  $\frac{1}{3}$  infer.*: amputazione gamba D 3° medio.
- 1 *Periostite cronica ossificante diafisi 2° metatarso D, piede piatto bilaterale*: riposo prolungato a letto.
- 2 *Frattura del collo del femore, broncopolmonite ipostatica*: morte.
- 1 *Frattura intertrocanterica incuneata femore D*: apparecchio a trazione.
- 1 *Frattura del femore D al 3° superiore*: appar. gessato.
- 1 *Frattura femore S 3° medio*: stecca di Mac Ewen.
- 1 *Frattura femore D 3° inferiore*: riduzione, appar. gessato.
- 1 *Frattura completa della gamba  $\frac{1}{3}$  medio*: gesso.
- 4 *Frattura completa gamba 3° inferiore*: riduzione, gesso.
- 2 *Frattura di Dupuytren tipica*: riduzione, gesso.

- 2 *Frattura di Dupuytren bassa*: riduzione, gesso.
- 3 *Frattura della tibia al 3° medio*: riduzione, gesso.
- 2 *Frattura tibia 3° inferiore*: riduzione, gesso.
- 1 *Frattura perone D 3° inferiore*: riduzione, gesso.
- 1 *Frattura dell'astragalo S*: stivaletto gessato.
- 1 *Frattura dei 2 calcagni* per caduta dall'alto, demenza senile: immobilizzazione a letto. L'A. è poi trasferito in manicomio.
- 1 *Frattura 1° cuneiforme D*: stivaletto gessato.
- 1 *Piede piatto bilaterale doloroso*: riposo a letto.
- 1 *Piede equino raro D* da poliomielite ant. ac. pregressa: si lascia inalterato perchè utile a compensare l'accorciamento da arresto di sviluppo dell'arto.
- 3 *Unghia incarnita dell'alluce*: cura radicale con asportazione del letto ungueale.
- 1 *Esortosi 3° inferiore femore D*: asportazione.
- 1 *Sindattilia fra 3° e 4° dito dei 2 piedi, alluce soprannumerario bilaterale*: plastica della sindattilia; asportazione dei 2 alluci soprannumerarii.
- 1 *Contusione semplice del piede*: riposo a letto.
- 1 *Cancro primitivo inoperabile della regione inguino-addominale D, ulcerato*: morte per cachessia.
- 1 *Metastasi epiteliomatosa alla regione inguinale D*: inoperabile; morte per broncopolmonite terminale.
- 1 *Sarcoma del cavo popliteo*: amputazione a 2 lembi della coscia al 3° superiore.
- 1 *Sarcoma ulcerato gamba D 3° medio*: operazione secondo Montenovesi.
- 2 *Morsicatura di vipera al piede D*: sieroterapia, sbrigliamento, medicatura al permanganato potassico.

(<sup>1</sup>) S. Orfeo di anni 11. Scheda N. 19. *Tuberculosis fistolizzata dell'anca destra con anchilosi in 2ª posizione e infezione secondaria.* Il caso si presenta poco incoraggiante per le condizioni locali e generali dell'A. Pure si è costretti a un primo intervento immediato per

mettere allo scoperto e combattere gli scollamenti ed i focolai suppurativi acuti. Successivamente, medicando pazientemente tutti i tramiti ogni giorno, per migliorare il drenaggio, si è costretti, un po' per volta, con la pinza ossivora, ad asportare delle zone di necrosi del collo femorale e del grande trocantere; conviene ad un dato momento, per dominare i focolai suppurativi profondi, di fratturare il femore all'inserzione del collo, regolarizzare la superficie ossea scoperta e immobilizzare l'arto in buona posizione, prima con adatto tiraggio, poi con apparecchio fenestrato. Si riesce infine a mandare a casa il paziente guarito definitivamente, con anchilosi in ottima posizione e lieve accorciamento dell'arto.

L'A. entrato il 7 ottobre 1933 è uscito il 6 febbraio 1936 in ottime condizioni generali. Il caso merita di essere segnalato perchè non è frequente arrivare in porto con malati di questo genere, prima di abbandonare la partita per la pervicacia del male o per le vivaci proteste del Comune, cui capita di dover pagare le spese d'una degenza interminabile e senza garanzia di successo.

### ADDOME (casi 209)

- 29 *Sindrome addominale*: in osservazione.
- 1 *Contusione dell'addome*: in osservazione.
  - 1 *Gastroptosi*: in osservazione.
  - 2 *Epitelioma del cardias e dell'esofago inferiore*: 1 gastrostomia (morte), 1 è tenuto in osservazione.
  - 1 *Gastrite cronica*: in osservazione.
  - 1 *Ulcera gastrica alta della piccola curvatura*: gastrenterostomia posteriore di v. Heckar.
  - 1 *Ulcera mediogastrica della piccola curvatura*: resezione secondo Poly (morte).
  - 1 *Esiti di gastrenterostomia per ulcera gastrica*: in osservazione.
  - 7 *Epitelioma dell'antro pilorico*: 1 resezione con gastrenterostomia sec. Poly-Mayo; 2 gastrenterostomia sec. v. Heckar; 1 gastrenterostomia antecolica anteriore (morte); 3 inoperabili.

- 2 *Epitelioma dell'antro psilorico in gastroenteromizzato*: 1 esplorazione: si riscontrano estese metastasi; 1 in osservazione (morte).
- 7 *Ulcera duodenale*: 3 gastrenterostomia di v. Hecker (1 morto); 3 in osservazione; in 1 è negativa la ricerca operatoria dell'ulcera controllata radiologicamente, e perciò l'operazione si limita alla sola esplorazione.
- 3 *Ulcera duodenale perforata, peritonite acuta*: 3 sutura della perforazione; 1 operato dopo 12 ore è guarito; 2 operati molto tardi (in 1 fu necessaria anche la gastrenterostomia) sono morti.
- 2 *Stasi intestinale cronica*: in osservazione.
- 2 *Tifo addominale*: 1 esplorazione negativa; 1 sutura di ulcera tifosa perforata dell'ultima ansa del tenue, drenaggio (guarito).
- 1 *Peritonite acuta traumatica*: esplorazione xifoombelicale; vi è peritonite senza lesioni evidenti di visceri cavi; sutura; si procede all'ano cecale temporaneo per ovviare all'enorme distensione delle anse da ileo paralitico (guarito).
- 1 *Peritonite purulenta diffusa*: esplorazione mediana, zaffamento (morte).
- 2 *Peritonite tubercolare ascitica*: 1 operazione di Spencer Wells; 1 in osservazione.
- 1 *Peritonite purulenta da perforazione d'ulcera cancerosa del colon ascendente*: taglio pararettale D, detersione, zaffamento (morte).
- 1 *Tumefazione flogistica della fossa iliaca S*: esplorazione per via retroperitonare col taglio dell'allacciatura dell'arteria iliaca esterna.
- 1 *Ingestione di corpi estranei (aghi)*: in osservazione.
- 2 *Sindrome oclusiva da elminti*: in osservazione.
- 1 *Laparoccele sottoombelicale*: plastica dei muscoli retti.
- 1 *Occlusione in soggetto di 78 anni con enorme eventramento*: ano sull'ansa più dilatata dell'eventramento (guarigione).
- 3 *Occlusione intestinale cronica da aderenze post-laparotomiche*: 1 operazione con liberazione delle anse imbrigliate e plastica della parete addominale.
- 1 *Laparoccele mediano, infarto emorragico del tenue*: resezione di 92 cm. del tenue sede dell'infarto; entero-entero-anostomosi lat-laterale; plastica della parete (morte al 6° giorno).

- 1 *Occlusione intestinale da volvolo dell'ultima ansa del tenue occlusa per elminti*: detorsione dell'ansa, cura successiva con la santonina.
- 1 *Occlusione per volvolo del sigma*: detorsione del sigma, ano sigmoideo soprapubico (guarito).
- 1 *Occlusione da stenosi neoplastica del sigma*: ano cecale in 2 tempi (morte).
- 27 *Ernia inguinale*: 20 op. Bassini; 4 op. sec. Bassini-Mugnai (1 morto di broncopolmonite); 1 op. sec. Bassini-Postempwski; 1 op. sec. Bassini-Backer; 1 non operato.
- 1 *Ernia inguinale recidiva*: rifiuta l'operazione.
- 4 *Ernia inguinale congenita con idrocele*: 4 op. sec. Bassini e cura radicale dell'idrocele per via inguinale.
- 1 *Ernia inguinale D e pachivaginalite sieroso-emorragica post-traumatica D*: op. sec. Bassini, escissione ed eversione della vaginale per via inguinale.
- 2 *Ernia inguinale bilaterale*: 1 op. sec. Bassini D e S; 1 rifiuta l'operazione.
- 2 *Ernia inguinale e crurale D*: 1 op. sec. Ruggi per le 2 ernie; 1 op. con taglio di Bassini ma con operazione separata per le 2 ernie.
- 1 *Ernia inguinale bilaterale, ernia ombelicale*: cura radicale sec. Bassini D e S in primo tempo, cura radicale dell'ernia ombelicale in 2° tempo.
- 1 *Ernia inguinale D strozzata e peritonite acuta*: erniotomia, drenaggio (morte).
- 1 *Ernia inguinale S strozzata, in necrosi, con fistola intestinale spontanea*: guarigione spontanea.
- 3 *Ernia crurale*: 3 op. radicale con taglio verticale.
- 1 *Ernia crurale D con adenite del ganglio di Cloquet*: asportazione del ganglio e cura radicale dell'ernia.
- 1 *Ernia crurale bilaterale*: cura radicale D e S.
- 1 *Ernia crurale recidiva a D e S*: op. radicale D e S.
- 3 *Ernia crurale strozzata*: 1 op. sec. Ruggi; 2 op. radicali con taglio verticale.

- 1 *Ernia crurale strozzata, infarto renale emorragico*: op. radicale per l'ernia; morte per l'infarto renale.
- 1 *Ernia crurale strozzata, necrosi dell'ansa*: resezione dell'ansa necrotica, ent-entero-anastomosi lat-laterale, cura radicale dell'ernia (morte).
- 3 *Ernia ombelicale*: 2 op. radicale con plastica dei muscoli retti; 1 non operata.
- 2 *Ernia epigastrica*: 2 cura radicale con plastica dei muscoli retti.
- 2 *Ernia ombelicale strozzata*: 1 cura radicale; 1 rifiuta l'operazione.
- 2 *Colecistite acuta*: cura incurata.
- 1 *Colecistite acuta, occlusione del coledoco, ittero verde febbrile*: colecistectomia, drenaggio del coledoco e zaffamento per via transrettale D.
- 1 *Colecistite e peritonite acuta, ittero grave febbrile*: colecistectomia (morte).
- 2 *Colecistite calcolosa suppurata*: 2 colecistectomia per via transrettale D (1 morto).
- 1 *Colecistite calcolosa cronica, ittero, fegato granuloso*: taglio di Kocher, colecistectomia.
- 4 *Colecistite e coledocite cronica*: 2 colecistectomia; 1 colecistectomia con drenaggio del coledoco (morte); 1 cura incurata.
- 2 *Colecistite calcolosa e appendicite cronica*: 2 colecistectomia e appendicectomia.
- 3 *Fistola biliare da colecistostomia per colecistite suppurata*: 1 (1) taglio di Kocher, colecistectomia, estrazione di due grossi calcoli del coledoco, drenaggio del coledoco a tubo perduto, zaffamento, sutura parziale; 1 colecistectomia e drenaggio del coledoco con tubo di Kehr; 1 colecistectomia, drenaggio vie biliari e zaffamento (morte).
- 1 *Cisti d'echinosocco suppurata della superficie inferiore lobo D del fegato*: taglio transrettale D, marsupiolizzazione dopo jodizzazione della cisti vuotata.
- 1 *Cancro metastatico del fegato*: esplorazione.
- 1 *Cancro della testa del pancreas*: esplorazione.
- 1 *Cancro delle ghiandole preaortiche, dietro il mesogastrio*: esplor.

- 22 *Appendicite acuta*: 3 cura incruenta; 19 appendicectomie di cui 10 con taglio pararettale D, 7 con taglio di Mac Burney, 2 con taglio di Mayo.
- 12 *Appendicite cronica*: 1 cura incruenta; 11 appendicectomie di cui 8 con taglio pararettale D, 3 con taglio di Mayo.
- 18 *Appendicite suppurata, peritonite acuta*: 2 apertura e zaffamento con taglio pararettale D; 16 appendicectomia con zaffamento: di esse 15 con taglio pararettale D, 1 con taglio di Mac Burney.
- 1 *Ascesso properitoneale all'ipocondrio S*: vuotamento e drenaggio per via mediana.
- 1 *Ascesso del canale inguinale D*: apertura, drenaggio.

(<sup>1</sup>) **P. Pietro**, anni 64, da Pedavena, Scheda n. 144. *Fistola biliare da colecistostomia d'urgenza*. L'A., con una lunga storia di disturbi a carico delle vie biliari, era stato operato alcuni mesi prima per colecistite suppurata e peritonite suppurata circoscritta al quadrante superiore D dell'addome. Dopo la colecistostomia, eseguita con taglio di Kocher, in anestesia locale, l'A. era rapidamente migliorato, tanto da chiedere d'uscire per continuare le medicature a casa, essendo ridotta a poche gocce la perdita di bile dalla fistola. Rientra per la cura radicale, e l'intervento è eseguito il 18 - 5 - 1936. Rachianestesia. Taglio di Kocher. Colecistectomia. Apertura del coledoco ed estrazione di due grossi calcoli e di sabbia biliare. Drenaggio verso il duodeno, attraverso l'ampolla di Vater con tubo perduto nel coledoco. Sutura del coledoco alla Lembert. Lunghetta di sicurezza verso l'esterno. Sutura quasi totale della parete. Guarigione regolare. Esce al 29° giorno dall'operazione.

Questo intervento, ideato di Pierre Duval, va segnalato perchè non sono molti i casi così trattati e perchè, nei casi adatti, la guarigione avviene rapidamente e si mantiene. In questo Reparto è questo il secondo caso che ho potuto operare con questo metodo; l'altro è quello di Gaio Rosa, da Lamon, operata nell'aprile 1933; in tutti e due i casi la guarigione è stata rapida e definitiva. Fino ad oggi, nei due casi, l'eliminazione del tubo non è stata notata.

## GINECOLOGIA (casi 64)

- 8 *Metríte cronica emorragica, sclerosi uterina*: 3 operate d'istero-  
annessectomia totale con 1 morte per embolia venosa; 4 ope-  
rate di revisione uterina; 1 tenuta in osservazione.
- 1 *Metríte cronica emorragica, esiti d'isteropessi pelvica*: isteroannes-  
sectomia totale - morte.
- 1 *Stenosi cervicale dell'utero, metríte cronica*: operazione di Pozzi  
e raschiamento della mucosa uterina.
- 1 *Utero retroverso recidivo dopo isteropessi pelvica*: isteropessi sec.  
Dartigues.
- 1 *Utero retroverso, appendicite cronica*: isteropessi sec. Dartigues,  
appendicectomia.
- 1 *Utero metritico retroverso, cisti ovaio D*: isterectomia subtotale,  
annessectomia totale D.
- 1 *Utero retroverso, annessite adesiva cronica*: isterectomia subtotale,  
restano le due ovaie.
- 1 *Fibroma pendulo del collo dell'utero*: asportazione.
- 7 *Fibroma dell'utero*: 2 isterectomia totale, 5 isterectomia subtotale  
con 1 morte per broncopolmonite D e 1 per cellulite pelvica.
- 1 *Fibroma dell'utero, polisierosite*; trasferita in medicina.
- 1 *Fibroma dell'utero e cisti ovaio S*: isterectomia totale, annessec-  
tomia S, solpingectomia D.
- 1 *Utero fibromatoso retroverso fisso*: isterectomia subtotale, resta  
l'ovaio S.
- 1 *Utero fibromatoso prolassato, cistocèle vaginale*: isterectomia sub-  
totale.
- 4 *Cancro del collo dell'utero*: isteroannessectomia totale.
- 1 *Epitelioma inoperabile dell'utero*: in osservazione.
- 5 *Vulvovaginite acuta*: cura incruenta.
- 1 *Vulvovaginite acuta, condilomi accuminati*: termocauterizzazione.

- 2 *Bartolinite suppurata*: incisione, asportazione.
- 1 *Esiti di isteroannessectomia*: infiltrazione dolorosa dei legamenti larghi: cura incruenta.
- 1 *Annessite acuta*: cura incruenta.
- 1 *Annessite cronica*: cura incruenta.
- 1 *Annessite e metrite tubercolare caseosa*: isterectomia subtotale, restano le 2 ovaie.
- 2 *Annessite tubercolare, appendicite cronica*: isterectomia subtotale, salpingectomia, appendicectomia.
- 1 *Ematosalpinge D, appendicite cronica*: salpingectomia, appendicectomia.
- 2 *Rottura di gravidanza tubarica D, ematocoele, appendicite cronica adesiva*: salpingectomia D, appendicectomia.
- 3 *Ematosalpinge D, piosalpinge S, peritonite pelvica*: isterectomia subtotale, annessectomia D, salpingectomia S, zaffamento.
- 1 *Metrite purulenta, flebite gamba D*: cura incruenta.
- 1 *Prolasso dell'utero metritico*: isterectomia subtotale, restano le 2 ovaie.
- 1 *Prolasso totale dell'utero dopo annessectomia S, degenerazione fibrocistica ovaio D*: distacco dal sigma, isterectomia subtotale, asportazione ovaia D.
- 1 *Cisti sierosa ovaio D, di grande volume*: asportazione.
- 1 *Cisti intraligamentosa ovaio S con aderenze da appendicectomia pregressa*: asportazione.
- 1 *Cisti dermoide ovaio S, di grande volume*: asportazione.
- 1 *Cisti dermoide ovaio S, fibromatosi dell'utero*: isterectomia subtotale, annessectomia S, resta l'ovaio D.
- 1 *Cisti dermoide ovaio S, fissa alla tuba S, con triplice torsione del peduncolo e strozzamento; sindrome addom. ac.*: annessectomia S.
- 1 *Esiti di rottura estesa del setto vagino rettale*: plastica all'americana con largo scollamento del retto, sutura separata "superficie contro superficie", e ricostruzione del setto vagino perineale.

1 *Imene resistente: dilatazione forzata in narcosi.*

1 *Atresia vulvovaginale, piosalpinge D con degenerazione cistica dell'ovaio D, assenza dell'utero, degenerazione cistica dell'ovaio S a sede alta anomala, rene S con sede congenita nel piccolo bacino: 1) apertura e formazione della cavità vaginale per scollamento vescico-rettale, sezione e plastica della forchetta vulvare; 2) taglio ombelico pubico ostacolato da anomala altezza della vescica sul pube; difficile asportazione della tuba D suppurata, di grande volume; ovaio sinistro racemoso spostato alla spina iliaca anter sup. S; rene sinistro anomalo sviluppato nel legamento largo S. Zaffamento soprapubico, sutura parziale. (1)*

1 *Tumore solido dell'ovaio S: si rimanda l'intervento.*

1 *Sarcoma bilaterale delle ovaie, aderenze estese: esplorazione.*

**B. Maria**, di anni 34, scheda 102. *Atresia vulvo-vaginale. Piosalpinge D. Assenza dell'utero. Degenerazione cistica dell'ovaio S in sede anomala, alta. Rene S con sede nel piccolo bacino, compreso nel legamento largo S.* La paziente, di aspetto generale normale, con i caratteri sessuali secondarii psichici e somatici normali, si presenta per dolori al quadrante inferiore sinistro dell'addome. All'esame obiettivo si mette in evidenza l'atresia vaginale, essendo appena accennato un infundibulo che non va oltre la sede dell'imene normale. La palpazione esterna, combinata con l'esplorazione per via rettale, mette in evidenza la presenza di un corpo ovoide, poco dolente, grosso come un utero al terzo mese, lateroposto destro. Si propone di intervenire per via vulvo-vaginale onde accertarsi delle condizioni dei genitali interni, riservandosi di intervenire dopo per via addominale

1) 19 - 3 - 1936. Anestesia generale per evipan sodico. Incisione dell'infundibulo vulvare. Ci si rende conto che si pratica solo uno scollamento vagino rettale, non essendovi traccia di parete vaginale preformata; al fondo dello scollamento si riconosce bene il cul di sacco peritoneale attraverso cui sono visibili i movimenti delle anse intestinali. Il dito, introdotto nello spazio ottenuto, non sa riconoscere la presenza di un corpo che abbia i caratteri dell'utero; si palpa invece un corpo ovoide teso, fluttuante. Si zaffa lo scollamento ese-

guito perchè sia favorita la formazione di un infundibolo d'una certa ampiezza, e si aspetta che passino alcuni giorni prima del secondo intervento.

2) 23 - 3 - 1936. Rachianestesia. Taglio ombelico pubico in posizione di Trendelemburg. L'apertura della cavità peritoneale deve cominciarsi dall'alto verso l'ombelico, perchè la vescica, sebbene vuotata prima dell'intervento mediante catetere, risale molto in alto sul pube in modo anormale. La tuba D flogosata, contenente pus, è delle dimensioni di un grosso uovo di tacchina; viene asportata assieme all'ovaio D cistico, cui è intimamente aderente. L'ovaio S dissociato, d'aspetto racemoso, ha sede a livello della spina iliaca anteriore S, e si lascia in posto. Non esiste utero.

Il legamento largo di S contiene un corpo carnoso, irregolarmente emisferico, poco mobile; fatta una breccia nel peritoneo del legamento largo si riconosce che si tratta del rene S ivi sviluppatosi adattando la sua forma alla sede anomala; è d'aspetto sano col suo bacinetto e l'uretere che volge subito verso la vescica. Sutura della breccia peritoneale. Zaffamento suprapubico. Ricostruzione parziale della parete, guarigione normale. Esce dopo 20 giorni dal secondo intervento.

Per quanto si sappia che le anomalie dell'apparato urogenitale sono numerose, il caso va segnalato per la complessità delle anomalie riscontrate, le quali complicavano il quadro clinico d'una suppurazione annessiale che richiedeva il trattamento chirurgico.

### OSTETRICIA (casi 126)

4 *Gravidanza normale*: in osservazione.

81 *Parto normale a termine*.

2 *Parto normale a termine, lacerazione perineale*: sutura.

1 *Parto a termine, presentazione podalica, varietà piedi*: rivolgimento alla Braxton Hicks ed estrazione podalica.

2 *Inerzia in travaglio*: 1 rivolgimento ed estrazione podalica, di feto vivo, 1 rivolgimento ed estrazione podalica di feto già morto (ricovero tardivo).

- 1 *Parto a termine, metrorragia da inerzia post partum*: vuotamento manuale dell'utero.
- 1 *Parto normale a termine, erisipela estesa arto infer. S*: espletamento del parto; impacchi al Dackin all'arto infer. S.
- 1 *Ritenzione placentare, anemia acuta post-emorragica*: revisione uterina, tamponamento utero-vaginale per 12 ore.
- 9 *Infezione puerperale*: due morte per broncopolmonite terminale.
- 22 *Aborto in atto*: revisione uterina.
- 1 *Minaccia d'aborto*: in osservazione.
- 1 *Anemia grave secondaria, post partum*: trasfusione di sangue citrato, diluito con sol. fisiologica.

#### ANO E RETTO (casi 13)

- 5 *Emorroidi*: divulsione, termocauterizzazione.
- 1 *Emorroidi, polipo prec anale*: divulsione, asportazione del polipo, termocauterizzazione.
- 1 *Emorroidi, ragade anale*: divulsione, termocauterizzazione.
- 2 *Ragade anale*: divulsione, termocauterizzazione.
- 1 *Fistola perianale recidiva*: divulsione, termocauterizzazione.
- 1 *Ascesso perianale*: incisione larga.
- 2 *Stenosi anale*: 1 op. di divulsione e di sutura delle lacerazioni prodotte, in modo da prevenire una nuova stenosi cicatriziale;  
1 in osservazione.

#### MALATTIE VARIE (casi 12)

- 1 *Tetano*: sieroterapia, cura sintomatica, morte.
- 1 *Febbre alta con sintomi d'irritazione meningea*: in osservazione.
- 1 *Emofilia*, in osservazione.
- 1 *Pseudoipertrofia muscolare progressiva*: in osservazione.
- 1 *Paraplegia*: in osservazione.
- 6 *Scabbia*.
- 1 *Piodermite scabbiosa*.

## ANESTESIA (casi 399)

- 167 *Rachianestesia*: tutocaina in polvere, fiale originali.
- 62 *Etere*.
- 82 *Anestesia regionale e locale*: novocaina 0,50<sup>o</sup> 000, preparazione sterile della farmacia dell'ospedale.
- 1 *Liquor sonniferus*: etere clorometilenetilico in fiale da 5 ccm., per inalazione.
- 1 *Liquor sonniferus*, più etere.
- 27 *Cloruro di etile*, anestesia in superficie.
- 27 *Avertina*: tribromoetano, gr. 0,10 per Kg. di peso per gli adulti; gr. 0,12 per Kg. di peso per i bambini; per via rettale.
- 14 *Avertina*, più etere.
- 17 *Evipan sodico*: sale sodico dell'acido N-metil-cicloesetil-metil-barbiturico per lenta iniezione edovena; dose da gr. 1:10,5 di acqua distillata fino a gr. 1,90:20 ccm. di acqua distillata; si sospende l'iniezione al terzo ccm. dopo la caduta della mascella. Anestesia media utile 20 m'.
- 1 *Evipan sodico*, più etere.

Non si ebbero mai inconvenienti dovuti all'anestesia.

## LUOGO DI PROVENIENZA

Alano-Fener 5 (1, 3, 1); Arsiè 31 (1, 21, 9); Bassano del Grappa 1 (-, -, 1); Belluno 4 (-, 2, 2); Calalzo 1 (-, 1, -); Canale S. Bovo 8 (1, 1, 6); Casa Massaia (Comelico Superiore) 1 (-, -, 1); Castel di Godego (Treviso) 1 (-, -, 1); Castelfranco Veneto 1 (-, -, 1); Cavarzere 1 (-, -, 1); Cesio Maggiore 54 (2, 37, 15); Chioggia 1 (-, 1, -); Cison 1 (-, -, 1); Conselve 1 (-, 1, -); Este 1 (-, -, 1); Feltre 382 (9, 95, 278); Ferrara 2 (2, -, -); Fiera di Primiero 25 (1, 15, 9); Fonzaso 49 (1, 32, 16); Fossalta di Piave 1 (-, -, 1); Galliera Ve-

neta 1 (-, 1, -); Lamon 27 (-, 21, 6); Lentiai 29 (-, 24, 5); Longarone 2 (-, 1, 1); Mel 20 (8, 12, -); Mestre 1 (-, 1, -); Mezzano Imer 13 (-, 7, 6); Milano 2 (-, -, 2); Metella di Brescia 1 (-, -, 1); Orzinuovi (Brescia) 1 (-, 1, -); Padova 2 (1, -, 1); Pedavena 35 (-, 15, 20); Pederobba 2 (-, 2, -); Pieve di Cadore 1 (-, -, 1); Pieve di Soligo 1 (-, -, 1); Ponte nelle Alpi 1 (-, 1, -); Predazzo 1 (-, 1, -); Quero 5 (-, 3, 2); Roma 1 (-, 1, -); S. Giustina Bellunese 22 (2, 10, 10); S. Gregorio nelle Alpi 4 (-, 1, 3); S. Stefano di Cadore 1 (-, 1, -); Seren del Grappa 19 (1, 5, 13); Schio 1 (-, -, 1); Sovramonte 22 (1, 14, 7); Spalato 1 (1, -, -); Treviso 2 (-, 2, -); Vas 5 (-, 2, 3); Venezia 3 (-, 1, 2); Verona 1 (-, 1, -); Vigo di Cadore 1 (-, -, 1); Villa di Villa 6 (-, 3, 3).

70819



