



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



Informazioni su questo libro

Si tratta della copia digitale di un libro che per generazioni è stato conservata negli scaffali di una biblioteca prima di essere digitalizzato da Google nell'ambito del progetto volto a rendere disponibili online i libri di tutto il mondo.

Ha sopravvissuto abbastanza per non essere più protetto dai diritti di copyright e diventare di pubblico dominio. Un libro di pubblico dominio è un libro che non è mai stato protetto dal copyright o i cui termini legali di copyright sono scaduti. La classificazione di un libro come di pubblico dominio può variare da paese a paese. I libri di pubblico dominio sono l'anello di congiunzione con il passato, rappresentano un patrimonio storico, culturale e di conoscenza spesso difficile da scoprire.

Commenti, note e altre annotazioni a margine presenti nel volume originale compariranno in questo file, come testimonianza del lungo viaggio percorso dal libro, dall'editore originale alla biblioteca, per giungere fino a te.

Linee guide per l'utilizzo

Google è orgoglioso di essere il partner delle biblioteche per digitalizzare i materiali di pubblico dominio e renderli universalmente disponibili. I libri di pubblico dominio appartengono al pubblico e noi ne siamo solamente i custodi. Tuttavia questo lavoro è oneroso, pertanto, per poter continuare ad offrire questo servizio abbiamo preso alcune iniziative per impedire l'utilizzo illecito da parte di soggetti commerciali, compresa l'imposizione di restrizioni sull'invio di query automatizzate.

Inoltre ti chiediamo di:

- + *Non fare un uso commerciale di questi file* Abbiamo concepito Google Ricerca Libri per l'uso da parte dei singoli utenti privati e ti chiediamo di utilizzare questi file per uso personale e non a fini commerciali.
- + *Non inviare query automatizzate* Non inviare a Google query automatizzate di alcun tipo. Se stai effettuando delle ricerche nel campo della traduzione automatica, del riconoscimento ottico dei caratteri (OCR) o in altri campi dove necessiti di utilizzare grandi quantità di testo, ti invitiamo a contattarci. Incoraggiamo l'uso dei materiali di pubblico dominio per questi scopi e potremmo esserti di aiuto.
- + *Conserva la filigrana* La "filigrana" (watermark) di Google che compare in ciascun file è essenziale per informare gli utenti su questo progetto e aiutarli a trovare materiali aggiuntivi tramite Google Ricerca Libri. Non rimuoverla.
- + *Fanne un uso legale* Indipendentemente dall'utilizzo che ne farai, ricordati che è tua responsabilità accertarti di farne un uso legale. Non dare per scontato che, poiché un libro è di pubblico dominio per gli utenti degli Stati Uniti, sia di pubblico dominio anche per gli utenti di altri paesi. I criteri che stabiliscono se un libro è protetto da copyright variano da Paese a Paese e non possiamo offrire indicazioni se un determinato uso del libro è consentito. Non dare per scontato che poiché un libro compare in Google Ricerca Libri ciò significhi che può essere utilizzato in qualsiasi modo e in qualsiasi Paese del mondo. Le sanzioni per le violazioni del copyright possono essere molto severe.

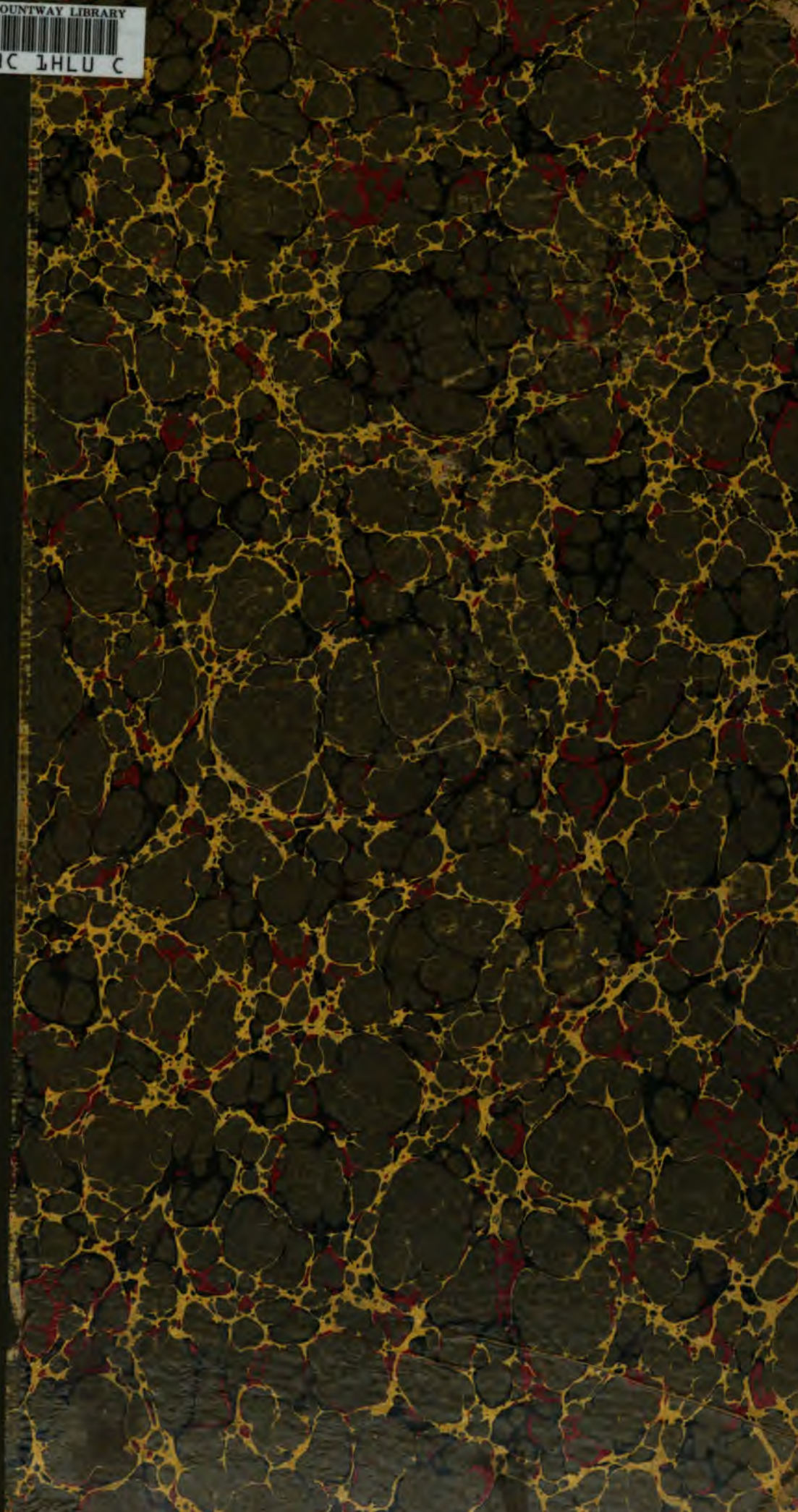
Informazioni su Google Ricerca Libri

La missione di Google è organizzare le informazioni a livello mondiale e renderle universalmente accessibili e fruibili. Google Ricerca Libri aiuta i lettori a scoprire i libri di tutto il mondo e consente ad autori ed editori di raggiungere un pubblico più ampio. Puoi effettuare una ricerca sul Web nell'intero testo di questo libro da <http://books.google.com>

COUNTWAY LIBRARY

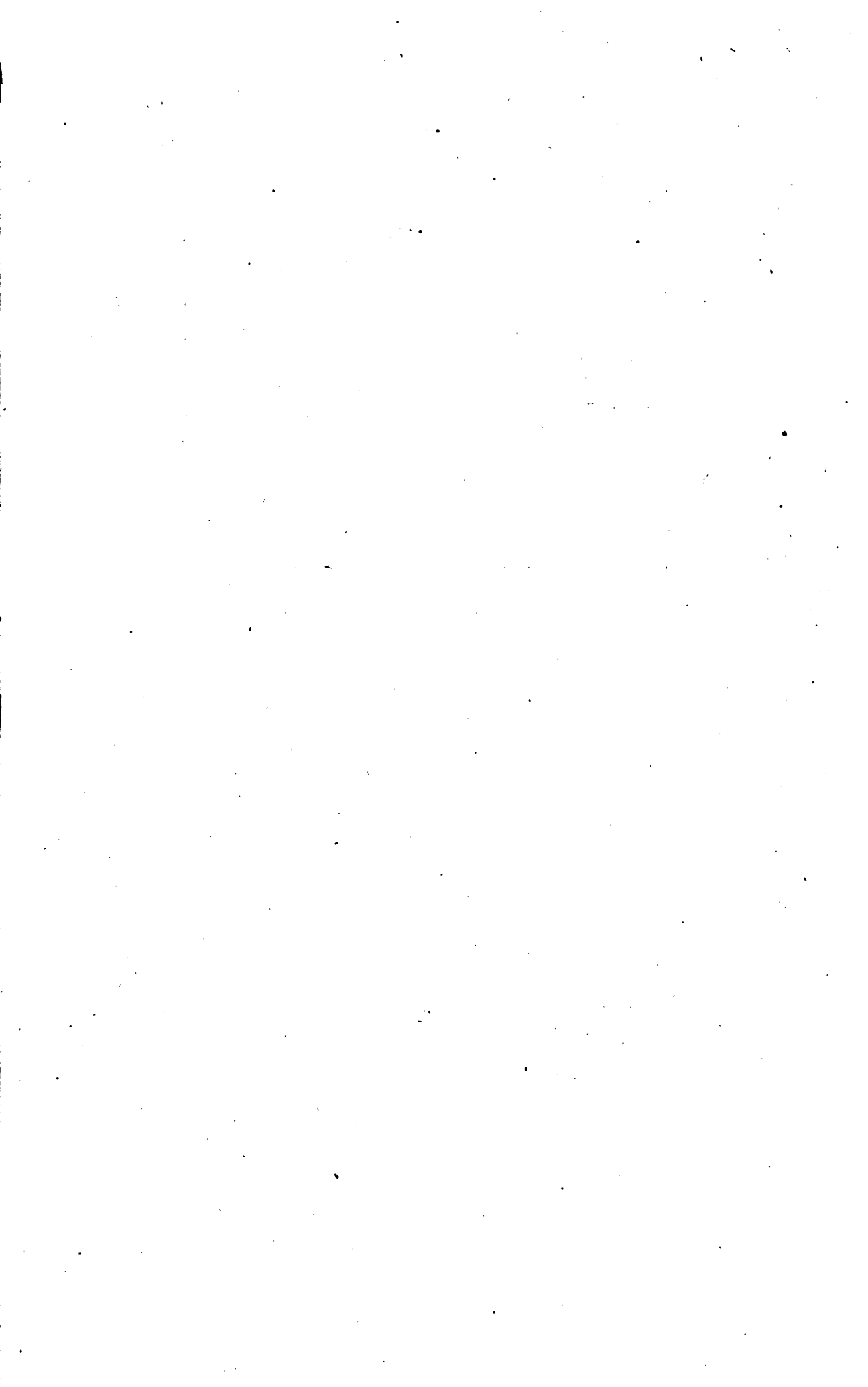


HC IHLU C



*16.9.26.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY.





288

Dott. ARISTIDE MATTÒLI
CHIRURGO PRIMARIO — DIRETTORE DELL'OSPEDALE CIVILE
DI TOLENTINO

LA GASTRO-ENTEROSTOMIA

METODI OPERATIVI, INDICAZIONI-RISULTATI

—•••—

STUDIO CRITICO · CLINICO · SPERIMENTALE

con 17 osservazioni personali, 65 figure intercalate nel testo

ED UNA

STATISTICA ORIGINALE ITALIANA DELLA GASTRO-ENTEROSTOMIA



R O M A
SOCIETÀ EDITRICE DANTE ALIGHIERI
DI
ALBRIGHI SEGATI E C.
Via dei Prefetti n.º 15.
1903.



12847

* 10.9.26.

A MIO FRATELLO

A G O S T I N O

MEDICO A NEW-YORK

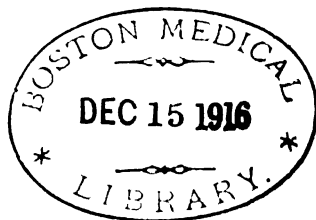
La gastro-enterostomia è entrata trionfalmente nella pratica ed è ormai l'operazione preferita nella maggior parte delle malattie dello stomaco e del duodeno, conquistate al dominio chirurgico.

Fare una rassegna critica del molto che si è pubblicato, sino ad oggi, su questo argomento ; portarvi un contributo personale di esperimenti, di tecnica e di osservazioni cliniche ; raccogliere ed illustrare la prima statistica italiana della gastro-enterostomia : ecco lo scopo di questo lavoro.

Esprimo i sentimenti della più viva riconoscenza al mio illustre e venerato maestro prof. F. DURANTE che, accordandomi generosa ospitalità nella Clinica e nel Laboratorio del R. Istituto Chirurgico di Roma, facilitò grandemente le mie ricerche, mi confortò del suo illuminato consiglio, e si compiacque controllare i risultati dei miei esperimenti.

Tolentino, gennaio 1903.

A. MATTÒLI.



CAPITOLO I.

Definizione — Cenni storici — Ricordi anatomici — Preparazione del malato.

La *gastro-enterostomia* consiste nel creare una bocca artificiale che permetta il passaggio del contenuto dello stomaco nell'intestino.

CENNI STORICI.

Il 28 settembre 1881, accingendosi a praticare una pilorctomia per carcinoma, il WÖLFLE (1) trovò che il tumore era talmente esteso ed aderente da non esserne possibile l'esportazione. Allora, piuttosto che chiudere il ventre, lasciando il malato al suo triste destino, per consiglio del NICOLADONI che assisteva all'operazione, praticò un'anastomosi tra lo stomaco ed il digiuno, allo scopo di render possibile la nutrizione del malato. Questi guarì dall'atto operativo, e soccombette soltanto 4 mesi più tardi, per cachessia cancerigna.

BILLROTH (2), di cui il WÖLFLE era assistente, ripeté quest'atto operativo l'8 ottobre dello stesso anno; ma il malato morì dopo dieci giorni.

LAUENSTEIN (3), KOCHER (4), COURVOISIER (5), RANSOHOFF (6)

(1) WÖLFLE, *Centr.-Bl. für Chir.*, Leipzig, n. 45, pag. 705.

(2) BILLROTH in WÖLFLE, loc. cit.

(3) LAUENSTEIN, *Arch. f. klin. chir.*, Berlin, 1882, t. XXVIII, pag. 420.

(4) KOCHER, *Corresp. Bl. f. Schweizer Aertze*, Bâle, 1883, n. 23.

(5) COURVOISIER, *Gastro-enterostomie nach WÖLFLE bei inoperablen Pyloruscarcinom. Tod.*, *Cent.-Bl. für Chir.*, Leipzig, 1883, n. 23, pag. 794, et *Corresp.-Bl. f. Schweizer Aertze*, Bâle, 1883, pag. 587.

(6) RANSOHOFF, *New York Med.*, 22 nov. 1884, pag. 578.

non ebbero maggior fortuna, e perdettero i loro infermi. Nel caso del RANSOHOFF era stata già praticata, in precedenza, la resezione del piloro, e s'era avuta la recidiva: l'operato morì di *shoc*, otto giorni dopo l'intervento.

RYDYGIER (1), per il primo, il 13 marzo 1884, praticò la gastro-enterostomia in un caso di *stenosi del duodeno*: l'operato guarì. Lo stesso chirurgo ripeté con successo l'operazione di WÖFLER in due casi di stenosi pilorica cicatriziale.

Il MONASTYRSKI (2) praticò la gastro-enterostomia per *stenosi pilorica* prodotta da casuale ingestione di acido solforico: si ebbe la morte dell'infermo, nello stesso giorno, per collasso.

Nel febbraio del 1885, il BILLROTH (3) associò, con successo, l'operazione di WÖFLER alla resezione pilorica, chiudendo separatamente lo stomaco ed il duodeno nel tratto resecato.

Ma, ad eccezione dei casi del RYDYGIER (4) che aveva ottenuto 3 guarigioni su 4 operati, la statistica della gastro-enterostomia era ancora molto sconsigliata, e il SALTZMANN (5), raccogliendo nel 1886 le osservazioni pubblicate, giungeva ad una mortalità del 66,6 per cento, ossia 12 morti su 18 operati.

La prima statistica incoraggiante è quella pubblicata nel 1887 dal ROCKWITZ (6), riguardante 10 casi operati dal LÜCKE, con 9 guarigioni ed una morte, avvenuta al 14° giorno dopo l'atto operativo, per inanizione complicata a pneumonite.

Nello stesso anno il NOVARO (7) riferì al Congresso di Pavia

(1) RYDYGIER, Gastro-enterostomie bei Stenose d. duodenum in Folge eines Geschwürs, *Verhandlungen der deutscher Gesellschaft für Chirurgie*, 1884, pag. 126.

(2) MONASTYRSKI, *Centralblatt für Chirurgie*, 1883, pag. 241.

(3) BILLROTH, in HACKER, Zur Casuistik und Statistik der Magenresektionen und Gastroenterostomien. *Archiv für klin. Chirurgie*, Band XXXII, pag. 616, 1885.

(4) RYDYGIER, Ein Fall von Gastro-Enterostomie. *Centr.-Bl. f. Chir.*, Leipzig, 1883, n. 16, pag. 241.

(5) SALTZMANN, in *Centr.-Bl. für Chir.*, Leipzig, 1886, n. 33, pag. 566.

(6) ROCKWITZ, Die Gastro-Enterostomie an der Strassbürger chirurgischen Klinik. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, Leipzig, 1887, t. XXV, pag. 501.

(7) NOVARO, *Atti del Congresso della Società Italiana di Chirurgia, tenuto in Pavia, 1887*, pag. 183.

di aver praticato, con successo, la gastro-enterostomia in un caso di semplice *gastroectasia*, e proponeva di ricorrere a questa operazione come *cura della atonia gastrica cronica*.

Il POSTEMPSKI (1) si occupò della operazione di WÖFLER, in seno alla Società italiana di chirurgia, nel 1888, riferendo un caso di carcinoma pilorico, che alla laparotomia apparve inestirpabile, ed in cui praticò, con successo, la gastro-enterostomia: l'atto operativo risaliva all'agosto 1887. Ed anzi, già in quella occasione, il POSTEMPSKI poneva la questione se non fosse il caso di sostituire la gastro-enterostomia alla pilorectomia nei cancri del piloro, « poichè se la gastro-enterostomia « rappresenta una operazione di ripiego, la pilorectomia è difficile rappresenti una operazione radicale ». Tra i primi a praticare la gastro-enterostomia in Italia furono due allievi del NOVARO: il GIORDANO (2) ed il CAPONOTTO (3).

Soltanto nel 1889 la Società di Chirurgia di Parigi si occupa della gastro-enterostomia, a proposito di due osservazioni presentate dal ROUX di Losanna, ed il relatore C. MONOD (4) conclude che questa operazione dovrà trovare molto raramente la propria indicazione. Oltre che nei due casi del ROUX, la gastro-enterostomia era stata praticata, nello stesso anno, dal POZZI (5), senza successo.

Mentre in Germania ed in Italia quest'atto operativo andava acquistando, mano mano, le simpatie dei chirurghi, in Francia si era più restii ad ammetterlo nel novero delle operazioni preferite, e lo stesso ROUX (6), riferendo, nel 1893, di

(1) POSTEMPSKI, *Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia*, 5^a Ad. in Napoli, 1888, pag. 29.

(2) Li 19 aprile 1888, *Rendiconto clinico 1888-89*. Torino, Candeletti, 1890, pag. 71.

(3) Li 21 giugno 1888, *Rendiconto clinico 1888*. Torino, Origlia, 1889, pag. 90.

(4) MONOD C., Sur deux observations de gastro-entérostomie par le doct. ROUX (de Lausanne) *Bull. et Mem. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, pag. 572.

(5) Pozzi, Gastro-entérostomie pour un cancer de l'estomac. *Bull. et Mem. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, pag. 586.

(6) Roux, Remarques sur 14 gastro-entérostomies, 2 pyloroplasties, sur 1 gastrectomie pour ulcere et 5 gastrectomie pour cancer. *Septième Congrès de Chirurgie*, Paris, 1893, pag. 394.

14 gastro-enterostomie da lui praticate, dichiarava di esser « ben lontano dal dividere l'entusiasmo di certi chirurghi per questa operazione chè è la peggiore fra tutte, e non s'adatta che a casi disperati, nei quali una sopravvivenza di qualche mese è tutto quanto possiamo desiderare, al prezzo di una mortalità di circa il 50 per cento nelle mani dei più abili!... ».

Ma, in seguito, il pessimismo del ROUX, condiviso del resto da eminenti chirurghi di altri paesi, andò necessariamente modificandosi, di fronte ai molti successi ottenuti con la gastro-enterostomia, nelle più svariate indicazioni, fino a diventare ottimismo.

Così quest'atto operativo, accolto in principio con diffidenza e tenuto in disparte, ha finito per entrare vittoriosamente nella pratica, e, mercè i nuovi metodi proposti e i molti perfezionamenti introdotti nella tecnica, è divenuto fecondo dei più splendidi risultati.

RICORDI ANATOMICI (1).

Prima di occuparci di quanto riguarda l'operazione, crediamo opportuno far precedere alcuni ricordi anatomici, utili per ben comprendere e valutare i diversi metodi proposti.

Stomaco. Lo *stomaco*, o *ventricolo*, è un vasto rigonfiamento, intermedio all'esofago ed all'intestino tenue, nel quale s'accumulano gli alimenti per subirvi quelle importanti modificazioni biologiche che li convertono in chimo.

Situazione. Lo stomaco è situato nella parte superiore della cavità addominale, al di sotto del fegato e del diaframma, che lo rico-

(1) Consultati: TESTUT, Trattato di Anatomia umana, Vol. III, p. I, Torino 1896. — ROMITI prof. G., Trattato di Anatomia dell'Uomo, Vol. II, parte V, F. Vallardi Ed. — TILLAUX P., Trattato di Anatomia topografica, 3ª ed. it., Ed. Vallardi, parte II. — MONGUIDI, Intestino, anatomia medico-chirurgica — *Enciclopedia medica italiana*, fasc. 393, F. Vallardi Ed. — DOYEN, Traitement chirurgical des affections de l'estomac et

prono per quasi tutta la sua estensione, al di sopra del colon trasverso e del mesocolon, che gli servono per così dire di letto. Esso occupa ad un tempo la maggior parte dell'epigastrio e quasi tutto l'ipocondrio sinistro. È mantenuto in questa posizione: 1.° dalla sua continuità con l'esofago a cui succede; 2.° dal duodeno che lo continua; 3.° da molte pieghe del peritoneo, le quali, partendo da differenti regioni della sua superficie esterna, vanno ad attaccarsi al fegato, al diaframma ed alla milza.

Lo stomaco si assomigliò, per la sua forma, ad una cornamusa. Si può dire che è costituito da un cono verticale, la cui base corrisponde alla grossa tuberosità, la parte inferiore si trova ripiegata in basso, in modo da costituire la piccola tuberosità, e la sommità è troncata, continuandosi col duodeno in corrispondenza del piloro.

Forma.

In alcuni individui, nella parte media dello stomaco, esiste talora una depressione circolare, più o meno profonda, che si manifesta alla superficie interna con una ripiegatura sporgente, parimente circolare. Tale disposizione divide lo stomaco in due borse, una superiore o cardiaca, l'altra inferiore o pilorica: lo stomaco, in questi casi, è detto *bilobato* o *a bisaccia* o *a clepsidra*. Questa forma *congenita* di stomaco bilobato non va confusa con una simile disposizione anatomica *acquisita*, che può aversi in seguito a retrazione cicatriziale della parte mediana del viscere.

Seguendo l'opinione di CRUVEILHIER, la maggior parte degli anatomici descrissero lo stomaco diretto obliquamente dall'alto in basso, da sinistra a destra ed alquanto dall'avanti all'indietro. Dopo gli studi di LUSCHKA e LESSHAFT, controllati ed accettati successivamente da BETZ, HENLE, TESTUT, TILLAUX, DOYEN, JONNESCO, si ammette che lo stomaco ha una posizione quasi verticale. Il ROMITI fa notare come nella Tav. XLIV, Splancnologia, dell'Atlante di CALORI (Bologna,

Direzione.

du duodenum, *Paris*, 1895. — TERRIER et HARTMANN, *Chirurgie de l'estomac*, *Paris*, 1899. — CECCHERELLI A., *La chirurgia dello stomaco*, *Enciclopedia Medica italiana*, F. Vallardi Ed. — MATHIEU A., *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*, *Paris*, 1901.

1850) lo stomaco sia disposto molto più diritto, quasi come è realmente.

L'asse dello stomaco è dunque diretto, con lieve obliquità, in basso a destra e indietro, tanto che può ritenersi quasi verticale, col suo fondo in alto e a sinistra, l'estremo in basso ed a destra: nella donna la obliquità è anche minore (ROMITI).

I due orifici dello stomaco, cardias e piloro, non rimangono peraltro direttamente sovrapposti: il cardias corrisponde al lato sinistro del corpo della 11^a-12^a vertebra dorsale, ed il piloro al lato destro del bordo inferiore della prima lombare. L'asse dello stomaco non coincide con una linea che passi per i centri di questi due orifici: il viscere si trova invece situato a sinistra di questa linea: l'asse del cono cui si paragona lo stomaco si trova pure a sinistra.

Dimensioni.

Allo stato di semi-distensione, la media della massima lunghezza è di cm. 25, la larghezza di cm. 12, lo spessore, misurato da una faccia all'altra, di cm. 8. Allo stato di vacuità, la lunghezza si riduce a 12 cm., la larghezza a 7 cm., e lo spessore è ridotto a 0, applicandosi le due parti, anteriore e posteriore, una sull'altra. Queste misure variano enormemente secondo i diversi individui, specie in riguardo alle abitudini alimentari: variano ancora per affezioni patologiche dell'organo.

Lo stomaco presenta una *superficie esterna* ed una *interna* o *cavità*: considerato esternamente, si hanno due faccie, due margini, due estremità e due rigonfiamenti, conosciuti col nome di tuberosità.

Rapporti.

Le due faccie dello stomaco si distinguono, secondo la loro posizione, in *anteriore* e *posteriore*. La *faccia anteriore*, da alcuni autori detta anche *superiore*, guarda allo innanzi ed in alto: è convessa e rimane in rapporto: 1.° col diaframma; 2.° con la faccia inferiore del fegato; 3.° con la 5^a, 6^a, 7^a, 8^a e 9^a costa del lato sinistro e cogli spazi intercostali corrispondenti da cui la separano le digitazioni del diaframma e del trasverso; 4.° colla parete anteriore dell'addome.

La *faccia posteriore*, rivolta indietro ed in basso, è in rapporto: 1.° col colon trasverso e col suo mesocolon, che separano lo stomaco dalle circonvoluzioni dell'intestino tenue; 2.° con le due ultime porzioni del duodeno; 3.° coi vasi splenici e mesenterici superiori; 4.° col pancreas, da cui è divisa mediante la retrocavità degli epiploon e che, a sua volta, la

separa dall'aorta, dalla vena cava inferiore e dai pilastri del diaframma.

Il *marginè destro* o *piccola curvatura* s'estende dal *cardias* al *piloro*: è alquanto obliquo dall'alto in basso e da sinistra a destra, descrivendo nel suo complesso una curva con la concavità rivolta a destra: corrisponde al tronco celiaco, al lobo di Spigelio ed al plesso solare.

Il *marginè sinistro* o *grande curvatura* è molto convesso, obliquamente diretto dall'alto in basso e da sinistra a destra: corrisponde, per quasi tutta la estensione, al colon trasverso.

Lo stomaco è fornito, alle sue estremità, di due orifizi che lo fanno comunicare in alto con l'esofago ed in basso col duodeno. L'orifizio superiore, detto *cardias* (perchè vicino al cuore), è collocato all'estremità superiore della piccola curvatura. Esso corrisponde, indietro, al lato sinistro dell'11^a vertebra dorsale, qualche volta alla 10^a da cui è separato per uno spazio di 25 mm. in cui decorre l'aorta: in avanti il *cardias* è situato in faccia al punto di congiunzione della 7^a cartilagine sinistra con lo sterno.

Cardias.

L'orifizio duodenale o *piloro* (da *pyloros*, portiere) occupa l'estremo inferiore della piccola curvatura. All'esterno esso è indicato da un leggero strozzamento che lo separa dal duodeno, ma si riconosce sopra tutto mediante la palpazione, in quanto che la parete che lo costituisce è più spessa e più consistente. Esso è in rapporto: in avanti con la faccia inferiore del fegato che lo separa dalla parete addominale stessa: indietro con la vena porta e l'arteria epatica: in alto col piccolo epiploon: in basso con la testa del pancreas. Il piloro non è completamente fisso e la sua posizione varia a seconda della distensione dello stomaco: a stomaco vuoto, è collocato sulla linea mediana, in corrispondenza della dodicesima vertebra dorsale o della prima lombare, di fronte alla estremità anteriore della 8^a costa (fig. 1): a stomaco disteso, il piloro è ordinariamente situato a destra della linea mediana, alla distanza di 3 o 4 cm. (TESTUT), seguendo la direzione del quarto inferiore della piccola curvatura, cioè rivolto obliquamente in alto, indietro ed a destra (fig. 2). Ne viene di conseguenza che la pressione delle sostanze contenute nello stomaco non si esercita direttamente sull'orificio pilorico, ma sulla piccola tuberosità.

Piloro.

Tuberosità.

La *grossa tuberosità*, situata a sinistra del *cardias*, occupa la maggior parte dell'ipocondrio sinistro: la sua parte superiore si nasconde sotto la cupola diaframmatica che essa respinge

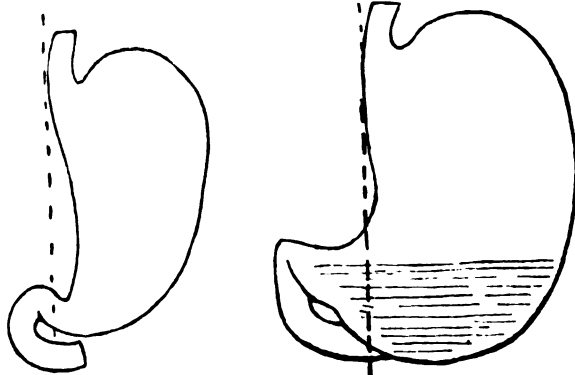


fig. 1.

fig. 2.

fino alla 5^a costola ed anche più in alto: la parte inferiore poggia sulla metà sinistra del colon trasverso: la sua parte esterna corrisponde alla milza, a cui è legata da una ripiegatura del peritoneo, l'epiploon gastro-splenico.

La *piccola tuberosità* è quel rigonfiamento che trovasi all'estremità destra della grande curvatura, subito sotto al piloro; varia notevolmente di dimensione, e, mentre in alcuni individui è appena apprezzabile, in altri acquista un considerevole sviluppo: è questo *l'antro pilorico di WILLIS*. La piccola tuberosità corrisponde: indietro alla testa del pancreas, in avanti alla faccia inferiore del fegato e, in taluni individui, alla parete anteriore dell'addome.

Superficie interna - Orifizi.

La superficie interna dello stomaco è in tutto uguale alla esterna per configurazione, ma presenta le pareti solcate da pliche rugose date dalla mucosa. Il *cardias* è orizzontale, sprovvisto di valvola e sfintere, e per ciò più facilmente dilatabile: è circoscritto da un margine inegualmente frangiato, da cui partono numerose pieghe raggiate che scompaiono durante il passaggio del bolo alimentare. Il *piloro* non ha la stessa configurazione: anzitutto non è orizzontale, ma è rivolto obliquamente in alto, indietro ed a destra: è inoltre fornito di

uno *sfintere* e di una *valvola*. Lo sfintere pilorico è costituito da un ispessimento locale delle fibre circolari dello *stomaco*, che, in corrispondenza dell'orifizio, raggiungono lo *spessore* di 3-4 mm. Questo stesso sfintere, rivestito dello strato connettivale e della mucosa, la quale sopravanza alquanto la sua circonferenza interna, costituisce quella che impropriamente dicesi *valvola pilorica*. Osservando il piloro dal lato dello stomaco la valvola non è visibile: si osserva una escavazione che va gradatamente restringendosi a forma d'imbuto e che termina con un orifizio arrotondato od ovale del diametro di un centimetro. Dal lato del duodeno invece si vede la valvola inalzarsi sul fondo del cilindro duodenale, a guisa di un setto circolare, piano e verticale, perforato nel centro. Questa valvola non impedisce che le sostanze contenute nel duodeno rifluiscono nello stomaco.

Sfintere pilorico.

Valvola pilorica.

Lo stomaco si compone di quattro strati o tuniche, che, procedendo dall'esterno verso l'interno, si sovrappongono nell'ordine seguente: 1.° tunica sierosa; 2.° tunica muscolare; 3.° tunica cellulare o sottomucosa; 4.° tunica mucosa.

Struttura.

La tunica *sierosa* è data dal peritoneo, il quale fornisce allo stomaco due foglietti che rivestono, senza interruzione, le due faccie del viscere, uno l'anteriore e l'altro la posteriore. Giunti alla linea di circonferenza dell'organo, si addossano l'uno all'altro e formano così delle membrane che, allontanandosi dallo stomaco, vanno a fissarsi ai visceri vicini. Queste ripiegature peritoneali, specie di ligamenti che uniscono lo stomaco agli altri visceri, costituiscono gli *epiploon*. L'aderenza dei due foglietti peritoneali allo stomaco, che è intima nella parte media delle faccie dell'organo, va gradatamente diminuendo verso la circonferenza, ove il foglietto sieroso è unito alla parete propria solamente da uno strato di tessuto connettivo lasso, così che lo stomaco può scorrere facilmente sulla sierosa, e, dilatandosi, s'insinua tra le due lamine peritoneali, conservando la propria posizione.

Tunica sierosa.

La tunica *muscolare* è costituita da fibre muscolari lisce e varia nello spessore che, in corrispondenza del piloro, è di 4 mm., nella grande curvatura di mm. 1 $\frac{1}{2}$, nella parte più sporgente della grossa tuberosità di $\frac{1}{4}$ di mm. Queste fibre muscolari sono disposte in 3 strati: longitudinale, circolare ed obliquo.

Tunica muscolare.

Lo strato *longitudinale* è il più superficiale di tutti ed è continuo, formato di fibre che seguitano quelle longitudinali dell'esofago: sullo stomaco si irradiano, divaricandosi, per riunirsi al piloro e continuarsi con le longitudinali del tenue. Questo strato è ispessito ed addossato sulla piccola curvatura ove forma un nastro assai spiccato (cravatta svizzera), e lo è pure nella grande curvatura e in avanti ed indietro dello stomaco, vicino al piloro, ove forma due striscie ligamentose, che sono analoghe a simili ligamenti dell'intestino. Lo strato *circolare* continua le fibre circolari dell'esofago, ed è costituito da fasci posti circolarmente, perpendicolari all'asse dello stomaco: formano perciò tanti anelli indipendenti, e, in corrispondenza del piloro, assumono un notevole sviluppo, costituendo lo *sfintere pilorico*. Lo strato *obliqua* è il più profondo, è pure continuazione del piano circolare dell'esofago, e può essere considerato come dipendenza dello strato precedente.

Tunica cellulare o sottomucosa.

La *tunica sottomucosa* o *cellulare* è composta di connettivo comune con delicate fibre elastiche e piccoli ammassi di cellule adipose: aderisce molto intimamente alla mucosa e poco alla muscolare: contiene in gran numero i vasi ed i nervi che si recano alla mucosa.

Tunica mucosa.

La *mucosa* dello stomaco riveste senza interruzione tutta la superficie interna dell'organo: essa fa seguito in alto alla mucosa esofagea, e si continua in basso, in corrispondenza del piloro, con la mucosa dell'intestino tenue. Questa tunica è assai importante per la sua struttura e per le sue funzioni: è di un colorito bianco sbiadito a stomaco vuoto, rosea a stomaco pieno, grigia-rossastra dopo la morte. Lo spessore varia da 1 mm. in corrispondenza del cardias, a 2 mm. in corrispondenza del piloro.

La mucosa, esaminata in uno stomaco vuoto, presenta numerose piegature, di cui la maggior parte longitudinali, altre trasversali all'asse dell'organo: la superficie interna dello stomaco vuoto è per ciò ricoperta da numerosissime depressioni e salienze, affatto irregolari, che tendono a scoprire mano mano che il ventricolo si distende, e scompaiono completamente allo stato di media dilatazione. Da ciò risulta che la tunica mucosa dello stomaco si retrae meno della tunica muscolare, dalla quale è rivestita: così, a stomaco vuoto, essa è molto più grande

di quanto occorre per coprire esattamente la superficie sottostante, e si raccoglie necessariamente in pliche.

La struttura microscopica della mucosa stomacale non presenta importanza per il nostro studio: ricorderemo solo che vi si distinguono tre strati: 1.° epiteliale; 2.° ghiandolare; 3.° derma o chorion, fornito di numerose fibre muscolari lisce.

Le *arterie* dello stomaco provengono: 1.° dalla *coronaria stomacica*, branca del tronco celiaco; 2.° dalla *pilorica* e dalla *gastro-epiploica destra*, branche dell'epatica; 3.° dalla *gastro-epiploica sinistra* e dei *vasi brevi*, branche della splenica. Le dette arterie, anastomizzandosi fra loro, formano attorno allo stomaco un cerchio completo, il *grande circolo gastrico*, il quale, partendo dal cardias, costeggia da prima la piccola curvatura, discende in seguito dietro al piloro, circonda la grande curvatura, e risale lungo la grossa tuberosità fino al cardias, suo punto di partenza. Dal grande circolo gastrico partono numerosi rami che si distribuiscono alcuni alla faccia anteriore, altri alla faccia posteriore dello stomaco: decorrono dapprima sotto la tunica sierosa, poscia attraversano la tunica muscolare a cui forniscono alcuni ramoscelli, ed arrivano allo strato sottomucoso risolvendosi in un ricco plesso detto appunto sottomucoso. Da questo plesso sottomucoso partono dei ramoscelli ascendenti che attraversano la *muscularis mucosae*, penetrano negli spazi esistenti tra le ghiandole, e si risolvono in capillari che circondano ciascuna ghiandola, a guisa di un ricco plesso a maglie rettangolari.

Vasi e nervi.

Le *vene* nascono dalle reti capillari della mucosa e vanno a formare, nello strato sottomucoso, un plesso orizzontale a maglie rettangolari. Le branche che spiccano da questo plesso attraversano la tunica muscolare e, dopo aver ricevuta da questa un certo numero di affluenti, giungono sotto la sierosa: in ultimo si dirigono verso i tronchi arteriosi già accennati, e, accanto ad essi, formano delle grosse branche che seguono lo stesso tragitto e portano lo stesso nome. Quindi si ha una *vena coronaria stomacica* che costeggia la piccola curvatura, una *vena pilorica* che occupa la regione pilorica, due *vene gastro-epiploiche*, destra e sinistra, che corrono in direzione opposta lungo la grande curvatura, e le *vene brevi*, situate sulla grossa tuberosità. La vena gastro-epiploica sinistra e le vene brevi sboccano nella vena splenica: la gastro-epiploica destra termina nella

grande mesenterica: la coronaria stomacica immette direttamente nel tronco della vena porta: la pilorica finisce ugualmente nella vena porta, o, risalendo in alto, penetra nel fegato, dove si distribuisce.

I *linfatici* dello stomaco provengono dalla tunica muscolare e dalla tunica mucosa, mettendo capo a gangli situati nella piccola e grande curvatura.

I *nervi* dello stomaco provengono dal pneumogastrico e dal gran simpatico (plesso solare).

Epiploon.

Parlando della tunica sierosa dello stomaco, abbiamo accennato agli *epiploon*, specie di ligamenti che uniscono lo stomaco agli altri visceri. Se ne distinguono tre: 1.° il *piccolo epiploon* o *epiploon gastro-epatico* che va dalla piccola curvatura dello stomaco alla faccia inferiore del fegato; 2.° l'*epiploon gastro splenico* che unisce la grossa tuberosità dello stomaco all'ilo della milza; 3.° il *grande epiploon* o *epiploon gastro-colico* che dalla grande curvatura dello stomaco discende verso il pube, tra la parete addominale e la massa intestinale, quindi, ripiegandosi bruscamente su sè stesso, si porta in alto ed indietro e va a fissarsi alla parte anteriore del colon trasverso.

Gli *epiploon* limitano una cavità, *retrocavità degli epiploon*, vasto diverticolo della cavità peritoneale, fortemente appiattito dallo avanti all'indietro, esteso in larghezza dal *hiatus* di Winslow fino all'ilo della milza, ed in altezza dalla parte più elevata del lobo di Spigelio fino alla parte più declive del grande epiploon. In questa *retrocavità* si possono considerare una parte principale e tre prolungamenti, distinti, per la loro posizione, in inferiore, destro e sinistro: la parte principale, o *retrocavità* propriamente detta, si trova situata dietro lo stomaco, tra la faccia posteriore di quest'organo e la parte corrispondente della parete posteriore dell'addome: il prolungamento inferiore è costituito dal cul di sacco dell'*epiploon gastro-colico*; il prolungamento sinistro, per lo più poco sviluppato, è posto tra la grossa tuberosità dello stomaco e l'ilo della milza: il prolungamento destro, comprende tutto lo spazio situato dietro l'*epiploon gastro-epatico*, e rappresenta una specie di corridoio trasversale che, mediante il *hiatus* di Winslow, fa comunicare la *retrocavità* propriamente detta con la grande cavità peritoneale.

Il grande epiploon o epiploon gastro-colico, in corrispondenza del margine anteriore del colon trasverso, si divide in due foglietti che coprono uno la faccia superiore, l'altro la inferiore del colon trasverso stesso. I due foglietti, arrivati al margine posteriore dell'organo, s'accollano nuovamente uno all'altro e formano una larga piega che, col nome di *mesocolon trasverso*, unisce l'arco del colon alla parete posteriore dell'addome. L'inserzione posteriore del mesocolon trasverso si fa secondo una linea estesa dal rene destro al sinistro, passando a livello del margine inferiore del pancreas: detta inserzione è orizzontale nella metà destra ed obliquamente ascendente nella metà sinistra.

Mesocolon trasverso.

L'altezza del mesocolon trasverso, cioè la distanza che passa dal bordo anteriore o libero a quello posteriore o aderente, varia secondo le regioni in cui si esamina; assai breve verso le due estremità laterali, va aumentando verso la linea mediana ove raggiunge le maggiori dimensioni. Secondo la nostra osservazione, l'altezza del mesocolon varia abbastanza notevolmente, anche secondo i diversi individui: lo stesso fatto fu notato da altri chirurghi.

Tra i due foglietti del mesocolon trasverso decorrono e si ramificano le arterie destinate alla nutrizione del colon trasverso (coliche destre e sinistre, provenienti dalle due mesenteriche), e le vene corrispondenti. Tendendo il meso, è facile vedere, per trasparenza, il decorso dei vasi, e si può praticare, con strumenti smussi, una apertura sufficientemente ampia, in senso antero-posteriore, senza interessare i vasi stessi.

Data la posizione quasi verticale dello stomaco, l'incisione mediana delle pareti addominali è quella che conviene maggiormente per mettere allo scoperto la regione pilorica; questa è facilmente accessibile al tatto e alla vista.

Considerazioni chirurgiche.

Normalmente, una piccola parte della faccia anteriore del ventricolo rimane scoperta ed in immediato rapporto con la parete addominale (LABBE): talvolta lo stomaco, vuoto, è completamente nascosto e ricoperto dal lobo sinistro del fegato, dal colon trasverso che ascende fino al diaframma e da una porzione del grande epiploon (SEDILLOT). Senza insistere sui punti di reperi, suggeriti dal LABBE, per trovare la porzione scoperta della superficie stomacale, diremo che, spostando in

basso colon ed epiploon, la mano, infossata al di sotto del lobo sinistro del fegato, trova subito lo stomaco, liscio e grigiastro, che può essere estratto in gran parte dalla cavità addominale, quando non sia fissato da aderenze o da altre speciali condizioni patologiche.

Il piloro fisiologico è facilmente riconoscibile alla vista e alla palpazione.

Dovendo praticare un'apertura nella parte più bassa del sacco stomacale, per facilitare il deflusso del contenuto del viscere, questa dovrà cadere in corrispondenza della grande curvatura, sulla piccola tuberosità.

La faccia posteriore dello stomaco può essere raggiunta attraverso un'apertura praticata sugli epiploon, o sul mesocolon trasverso: dovendo seguire quest'ultima via, è utile praticare l'apertura sulla parte media del meso, che offre, per essere più alta, uno spazio maggiore.

È facile incidere successivamente le diverse tuniche stomacali, distaccare, per un certo tratto, la muscolare dalla sottomucosa, o escidere un disco delle tuniche sierosa e muscolare. La tunica mucosa, incisa, fa ernia, e si arrovescia all'infuori sui bordi dell'incisione.

**Duodeno e
digiuno ileo.**

L'*intestino tenue* è quella porzione del tubo digerente limitata dal piloro e dalla valvola ileo-cecale: è un lungo tubo assai avvolto e ripiegato che occupa gran parte della cavità addominale, specialmente della sua metà inferiore. È lungo da 7 ad 8 metri: il suo diametro che nella prima porzione è in media di centimetri 4-4 $\frac{1}{2}$, va gradatamente diminuendo, fino a che in prossimità all'intestino crasso misura centimetri 2-2 $\frac{1}{2}$ (1). Nell'adulto misura circa cinque volte la lunghezza del corpo, otto volte nel neonato (ROMITI).

L'intestino tenue è diviso in una porzione fissa ed in un'altra mobile. La prima parte, che non ha mesenterio, si chiama *duodeno*, la seconda, provvista di mesenterio, costituisce

(1) Queste misure variano secondo i diversi anatomici. Il ROMITI dà la media di 4-6 centim. nella prima porzione e 2 $\frac{1}{4}$ -3 nell'ultima; il TESTUT centim. 3-3 $\frac{1}{2}$ e 1 $\frac{1}{4}$ -3; SAPPEY 3 $\frac{1}{4}$ -4 e 2 $\frac{1}{2}$; POIRIER e JONNESCO mm. 47 e mm. 27. Il calibro dell'intestino tenue presenta notevole interesse per i partigiani del bottone di MURPHY nella gastro-enterostomia.

l' *intestino mesenteriale* o *tenue* propriamente detto: questa seconda parte si volle distinguere in *digiuno* ed *ileo*, ma tale distinzione ha un valore assai relativo, perchè non basata su limiti naturali.

Il *duodeno* è quella parte dell' intestino tenue che si estende dal piloro alla parte laterale sinistra della seconda vertebra lombare. Il suo limite inferiore è precisamente indicato dal punto in cui il canale alimentare passa nel mesenterio e, da fisso che era, diventa mobile, formando un angolo od inflessione (*inflessione duodeno-digiunale*).

Duodeno.

Il *duodeno* che all' origine è situato allo stesso piano del piloro ed abbastanza superficiale, dopo pochi centimetri, si avvicina alla colonna vertebrale. È mantenuto nella sua posizione: 1.° dal peritoneo che lega la porzione pilorica alla faccia inferiore del fegato ed alla vescichetta biliare e lo fissa, nella rimanente estensione, alla parete addominale posteriore; 2.° dal coledoco e dal dotto pancreatico che sboccano nella sua parte discendente; 3.° dai suoi vasi e nervi; 4.° da un fascio muscolare speciale che va alla porzione terminale, il muscolo di TREITZ.

Per la sua direzione il duodeno è diviso in quattro porzioni: 1.° una *prima porzione* alquanto obliqua in alto, indietro ed a destra, che si estende dal piloro al collo della vescichetta biliare; 2.° una *seconda porzione*, verticale e discendente, estesa dal collo della vescichetta biliare fino alla parte inferiore della testa del pancreas; 3.° una *terza porzione*, orizzontale, che continua la precedente e cessa in corrispondenza dei vasi mesenterici superiori; 4.° una *quarta porzione*, ascendente, che dai vasi mesenterici superiori arriva fino all'angolo duodeno-digiunale, che corrisponde generalmente alla seconda vertebra lombare. Il duodeno rappresenta così nel suo complesso i $\frac{4}{5}$ o $\frac{5}{6}$ di un circolo che abbraccia con la sua concavità la testa del pancreas.

Direzione.

La curvatura del duodeno presenta delle variazioni individuali.

Il duodeno è lungo 26 cm.: per la prima porzione 5 cm., per la porzione discendente 8 cm., per la porzione trasversale 6 cm., per la porzione ascendente 7 cm. (TESTUT).

Soltanto la prima porzione del duodeno è relativamente mobile e segue gli spostamenti del piloro: a stomaco vuoto è

Rapporti del duodeno.

orizzontale o leggermente ascendente, a stomaco disteso invece la prima porzione duodenale presenta, come il piloro, una posizione sensibilmente ascendente (DOYEN). Questa *prima porzione* sta in rapporto: in avanti con la faccia inferiore del fegato e col collo della vescichetta biliare, cui è unita da una piega del peritoneo; indietro col tronco della vena porta, con l'arteria epatica e con la gastro-epiloica destra, che la incrociano perpendicolarmente; in alto con l'epiploon gastro-epatico; in basso col grande epiploon.

La *seconda porzione* corrisponde successivamente: in avanti alla estremità destra del colon trasverso; indietro al canale coledoco, alla vena cava inferiore, all'ilo renale destro ed alla parte più interna della faccia anteriore del rene stesso, donde il nome di *porzione renale*: a destra al colon ascendente: a sinistra alla testa del pancreas. In questa seconda porzione del duodeno sboccano il canale coledoco ed il pancreatico (*ampolla di VATER*).

La *terza porzione* è collocata nello spessore del margine aderente del mesocolon trasverso, in corrispondenza della 3^a e 4^a vertebra lombare, ed è in rapporto: in alto col margine inferiore del pancreas ed il foglietto superiore del mesocolon trasverso; in basso col foglietto inferiore del mesocolon stesso: indietro con l'aorta, con la vena cava inferiore e coi pilastri del diaframma che la separano dalla colonna vertebrale.

La *quarta porzione* del duodeno costeggia, dal basso in alto, il lato sinistro della colonna vertebrale: corrisponde a destra all'aorta, in avanti allo stomaco, indietro alla parte interna del rene sinistro, vasi renali ed uretere. Su questa porzione si fissa il muscolo del TREITZ.

Muscolo del
TREITZ.

Questo *muscolo sospensore del duodeno* (TREITZ, 1873) è un rinforzo della tunica muscolare del duodeno, ed è costituito da una certa quantità di sottili fasci appiattiti di tessuto muscolare liscio che provengono dal connettivo involgente l'origine delle arterie celiaca e mesenterica superiore, volgono in basso verso destra e si gettano nella muscolatura longitudinale del duodeno stesso, verso l'inflessione duodeno digiunale (HYRTL).

Digiuno-ileo.

Il *digiuno-ileo* è quella porzione dell'intestino tenue compresa tra il duodeno ed il grosso intestino, limitata superiormente dall'angolo duodeno-digiunale ed inferiormente dalla valvola ileo-ccale: a differenza del duodeno, è provvisto di

mesenterio e gode di una grande mobilità: occupa quella porzione della cavità addominale che è situata al disotto del mesocolon trasverso, e più specialmente le regioni ombellicale ed ipogastrica, espandendosi anche nei fianchi, nelle fosse iliache e fino nel piccolo bacino. Il *digiuno-ileo* è il più mobile di tutti i visceri, legato alla parete posteriore dell'addome da una plica del peritoneo, il mesentere, che si stacca dalla faccia posteriore dell'intestino e va a fissarsi alla colonna vertebrale.

A partire dal duodeno, il *digiuno-ileo* volge in avanti ed a sinistra, poi, ripiegandosi su sè stesso, si porta da sinistra a destra, formando con la sua porzione iniziale una lunga curva con la concavità rivolta a destra: quindi continua a descrivere numerose curve simili, passando successivamente da destra a sinistra e da sinistra a destra: sono queste le circonvoluzioni intestinali.

Il digiuno-ileo è cilindroide e, sezionato trasversalmente, si presenta, come il duodeno, quasi circolare. In esso si distinguono: 1.° un margine posteriore o aderente, concavo, a cui s'attacca il mesentere; 2.° un margine anteriore, convesso, che corrisponde alle pareti addominali; 3.° due faccie, anche queste convesse, mediante le quali le circonvoluzioni si corrispondono. Considerata in complesso, la massa del tenue ha i seguenti rapporti: in alto col colon e mesocolon trasverso che la separano dalla parte superiore dell'addome e dagli organi che vi sono contenuti, fegato, stomaco e milza; indietro con la parete posteriore dell'addome, con l'aorta, e la vena cava inferiore e le loro branche di biforcazione; in avanti con la parete anteriore della cavità addominale, da cui è separata dal grande epiploon; ai lati con le due porzioni, ascendente e discendente, del grosso intestino, che la massa intestinale ricopre più o meno completamente, specie alla loro parte inferiore; in basso le anse intestinali discendono fin nel piccolo bacino e sono in rapporto con l'utero, la vescica ed il retto.

Rapporti del
digiuno-ileo.

L'intestino tenue è composto di 4 strati che si sovrappongono, come nello stomaco: 1.° tunica *sierosa*; 2.° tunica *muscolare*; 3.° tunica *cellulare*; 4.° tunica *mucosa*.

Struttura del-
l'intestino te-
nue.

La tunica sierosa, dipendenza del peritoneo, non ha la stessa disposizione sul duodeno ed il digiuno-ileo. Nella prima porzione del duodeno il peritoneo si comporta esattamente come sullo stomaco: i due foglietti che ricoprono, uno la faccia an-

teriore, l'altro la posteriore del duodeno, giunti in corrispondenza del margine inferiore di detto organo, si applicano uno sull'altro, concorrendo così a formare il grande epiploon: in corrispondenza del margine superiore, si comportano ugualmente, e risalgono verso il fegato, formando la estremità destra dell'epiploon gastro-epatico. La piega peritoneale che fissa la porzione iniziale del duodeno alla faccia inferiore del fegato, ha ricevuto il nome di *legamento duodeno-epatico*: in continuazione ed all'esterno di questo legamento, esiste un'altra plica che va dalla vescichetta biliare all'angolo formato dalla prima con la seconda porzione del duodeno, ed è il *legamento duodenocistico*. La seconda porzione del duodeno è rivestita dalla sierosa solo nella metà anteriore; la metà posteriore è extraperitoneale e riposa direttamente sugli organi con cui è in rapporto: frequentemente esiste una plica peritoneale tra rene e duodeno, *legamento duodeno-renale*. La terza porzione corrisponde, come dicemmo, al mesocolon trasverso che la ricopre superiormente, anteriormente ed inferiormente: la parete posteriore è extraperitoneale. Nella quarta porzione il peritoneo si comporta come nella seconda. Le *fossette duodenali*, ripiegature semilunari del peritoneo, non presentano importanza speciale per il nostro studio.

Il peritoneo fornisce al digiuno-ileo una guaina quasi completa, rivestendone le due faccie per tutta la loro estensione. I due foglietti si uniscono e si confondono sul margine libero dell'intestino mentre sul margine posteriore essi si applicano uno sull'altro, formando una larga piega, il *mesenterio*, che va a fissarsi alla parete posteriore della cavità addominale.

La *tunica muscolare* è formata da tessuto muscolare liscio, e divisa in due strati: uno longitudinale più superficiale e sottile, ed uno circolare, più profondo, fatto da anelli completi od incompleti: sono dipendenza di questa tunica il muscolo sospenditore del duodeno e le espansioni muscolari del mesenterio.

La *tunica cellulare* o *sottomucosa* è costituita da connettivo fibrillare lasso: molto analoga a quella dello stomaco, cui fa seguito, aderisce più intimamente alla tunica muscolare ed è più resistente: contiene, nel suo spessore, numerosi vasi e nervi che si distribuiscono alla mucosa.

La tunica mucosa dell'intestino tenue riveste senza interruzione tutta la superficie interna dell'organo, è meno spesso

di quella dello stomaco, ma molto più consistente. Presenta due faccie: una esterna che corrisponde alla tunica cellulare cui aderisce intimamente, una interna, rivolta verso il lume del canale, nella quale riscontransi delle valvole conniventi, delle villosità, dei follicoli chiusi e numerosi orifizi ghiandolari.

Le *arterie* destinate al duodeno provengono dalla gastroepiploica destra e dalla mesenterica superiore: quelle destinate al resto del tenue dalla mesenterica superiore. Le arterie terminali entrano nell'intestino per il margine mesenteriale, danno vari rami alla sierosa, penetrando tra gli strati muscolari, ove formano una rete a maglie quadrangolari, passano poi nella tunica propria, mandano ai villi delle diramazioni che si gettano in una fitta rete di capillari che avvolgono i tubi glandulari: le *vene* seguono le arterie. I *linfatici* originano nei villi e sboccano nei vasi mesenterici. I *nervi* vengono dal plesso solare.

Vasi o nervi
dell'intestino
tenue.

Soltanto la prima parte del duodeno è relativamente mobile: la seconda porzione, anatomicamente fissa, poco si presta ad essere anastomizzata allo stomaco.

Considerazioni-chirurgiche.

Il mesocolon trasverso ed il grande epiploon dividono virtualmente in due parti la cavità addominale: nella parte superiore è contenuto lo stomaco, nella inferiore le anse del digiuno-ileo. Un'ansa del digiuno, per essere portata in contatto della parete anteriore dello stomaco, deve passare allo innanzi dell'epiploon gastro colico e del colon trasverso.

Perchè l'ansa digiunale possa esser portata in contatto della parete posteriore dello stomaco, si possono seguire due vie: passare al davanti del colon trasverso e penetrare attraverso un'apertura praticata nel grande epiploon (via *precolico-transepiploica*); passare attraverso un'apertura praticata nel mesocolon trasverso (via *retrocolico-transmesocolica*).

La prima porzione del digiuno va ricercata a sinistra della colonna vertebrale, al disotto del mesocolon trasverso, subito dopo il legamento di TREITZ e l'angolo duodeno digiunale.

È possibile incidere successivamente a strati le diverse tuniche che costituiscono la parete intestinale: la cellulare o sottomucosa aderisce intimamente alla muscolare; la mucosa, incisa, fa ernia, e si arrovescia all'infuori sui margini dell'incisione.

PREPARAZIONE DEL MALATO.

Nella massima parte dei casi i malati che debbono essere sottoposti alla gastro-enterostomia, giungono al chirurgo in uno stato veramente miserando. Sofferenti, spesso, da molti anni, esauriti per i forzati digiuni, dopo avere speso ogni risorsa fisica nell'attendere da lunghe cure mediche un miglioramento che manca il più delle volte, essi si decidono finalmente a chiedere al coltello chirurgico ciò che non poterono i farmaci, talora non spinti a questa risoluzione estrema dal consiglio del medico, nè confortati dalla sua approvazione.

Ora è ben chiaro che questi malati si trovano nelle condizioni meno adatte a sopportare un atto operativo di qualche entità, ed è necessario che, salvo indicazioni urgenti per un intervento immediato, le prime cure debbano essere rivolte a sollevare, per quanto è possibile, le forze dei pazienti. Una adatta alimentazione, l'uso dei clisteri nutritivi, l'ipodermoclisi con soluzione fisiologica, raggiungono quasi sempre lo scopo, e si arriva, dopo alcuni giorni, ad ottenere un sufficiente miglioramento della nutrizione, e, conseguentemente, della resistenza del malato. Nei casi più gravi, l'ipodermoclisi ed anche l'iniezione endovenosa di soluzione fisiologica, praticata prima e durante l'atto operativo, possono riuscire di notevole vantaggio.

Clisteri nutritivi-Ipodermoclisi.

Gastrolusi.

Si deve praticare la gastrolusi?

Il Roux che, fino dal 1897 (1), aveva insistito sugli inconvenienti ed i pericoli cui può esporre la gastrolusi, anche recentemente (2) si dimostra contrario al lavaggio dello stomaco in quei casi in cui il malato non sia abituato all'uso della sonda. Questo A., pur ammettendo l'utilità di svuotare lo stomaco del suo contenuto prima dell'atto operativo, riguarda tale pratica come non necessaria, persuaso che nulla indebolisce momentaneamente un infermo come il lavaggio gastrico. Egli notò spesso, dopo la gastrolusi, una inquietante piccolezza

Pericoli della gastrolusi.

(1) Roux, De la gastro-entérostomie. *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, tom. 1, 1897.

(2) BOURGET e ROUX. La gastro-entérostomie. *Monographies cliniques*. Paris, 1902, pag. 35.

del polso, e vide due malati, invero debolissimi, morire in seguito o meglio durante un lavaggio di stomaco, praticato da un medico sperimentato.

Il GIORDANO (1) dichiara che bene spesso esita nel praticare la gastrolusi prima della operazione, ignorando lo stato delle pareti gastriche, perchè vide una volta il lavaggio dello stomaco riuscir fatale in un malato a cui il fegato chiudeva, aderendovi in giro, un' ulcera della piccola curvatura e parete anteriore. Quando, dopo poche ore, intervenne, trovò il malato algido, col suo stomaco liberato dalle lasse aderenze protettrici, e l'acqua destinata alla lavanda gastrica, e che il medico non aveva più visto venir fuori, effusa in peritoneo. VON PEHAM (2) della clinica di ALBERT, ricorda due casi di morte avvenuti in seguito a gastrolusi, uno per emorragia e l'altro per perforazione.

Ma questi fatti, del resto puramente eccezionali, se controindicano la gastrolusi in alcune contingenze speciali, come appunto nell'ulcera gastrica in corso di evoluzione, o in malati estremamente indeboliti e che hanno una straordinaria ripugnanza al sondaggio gastrico, non debbono farci rinunciare sistematicamente alla pratica del lavaggio — che può dare vantaggi notevolissimi — riserbandolo tutto al più, come vorrebbero alcuni, ai soli pazienti che vi sono abituati.

Noi, come il CODIVILLA (3), non abbiamo mai osservato nei nostri malati l'azione ipostenizzante che il ROUX attribuisce alle lavature di stomaco, ed anzi abbiamo notato che gli individui con gravi lesioni gastriche, anche se non vi sono abituati, sopportano bene una lunga lavanda. Aggiungiamo ancora che molti infermi provano un senso di vero benessere, allorchè il loro ventricolo viene sbarazzato del contenuto, spesso putrescente, e possono, subito dopo, sorbire con vantaggio dei liquidi nutritivi.

Vantaggi della
gastrolusi.

Nella più gran parte dei candidati alla gastro-enterostomia, havvi ristagno di contenuto gastrico, e occorrono spesso parecchi litri di acqua, introdotti ed estratti con la sonda, prima

(1) GIORDANO, Considerazioni intorno ad alcuni casi di affezioni del ventricolo curate con la gastro-enterostomia. *Rivista Veneta di Scienze mediche*, a. XVII, fasc. V, 1900.

(2) PEHAM, Ein Beitrag zur Gastro-enterostomie. *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Bd. 48, pag. 484, 1898.

(3) CODIVILLA, Contributo alla chirurgia gastrica. *Bollett. delle Scienze Mediche*, Bologna, Serie VII, Vol. IX-X.

di ottenerne lo svuotamento completo. In alcuni casi di atonia gastrica, allorchè non è più possibile un vomito efficace, la quantità di sostanze ristagnanti nel ventricolo può assumere proporzioni veramente straordinarie, ed è allora non solo utile, ma assolutamente necessario, liberare lo stomaco di un contenuto che aumenterebbe i pericoli d'infezione durante l'atto operativo, e metterebbe, subito dopo, a dura prova la saldezza del piloro artificiale creato dal chirurgo.

Un'ultima considerazione ci porta poi a consigliare la pratica del lavaggio gastrico prima dell'intervento. Noi vedremo in seguito come in molti operati sia necessario ricorrere alla gastrolusi, anche nelle prime ore dopo l'atto operativo, per eliminare gl'inconvenienti del reflusso biliare nel ventricolo, che si verifica frequentemente dopo la gastro-enterostomia. Ora il sondaggio, fatto in queste condizioni, riesce assai facile negli individui che vi furono precedentemente abituati, mentre assume una gravità eccezionale negli operati che vi si sottomettono per la prima volta.

Nella clinica del MIKULICZ si pratica generalmente la gastrolusi con acqua calda, tranne nei casi di ulcera con ematemesi e nei malati deboli (?); ma, poco prima della operazione, a tutti viene vuotato lo stomaco.

Il DURANTE, il CARLE, il D'ANTONA, il TRICOMI, il POSTEMPSKI, il MAZZONI, il CECCHERELLI, fanno precedere la gastrolusi all'atto operativo, tranne nei casi di ulcera gastrica in corso di evoluzione.

Dei 79 chirurghi italiani che ci hanno favorito il loro contributo alla statistica della gastro-enterostomia, 50 praticarono costantemente la gastrolusi, 11 se ne astennero, 18 l'adottarono soltanto in alcuni casi; nessuno ebbe a segnalarci gravi inconvenienti imputabili al lavaggio dello stomaco.

Crediamo assolutamente superfluo intrattenerci sulla tecnica, del resto ben nota, della gastrolusi, che si pratica generalmente con acqua tiepida, o con soluzione di bicarbonato di soda, o di acido borico al 2‰, o di acido salicilico al 2-3‰, o con soluzione fisiologica.

Noi adoperiamo la soluzione fisiologica, praticando il lavaggio la mattina a digiuno, nei giorni che precedono l'atto operativo, e ripetendolo un'ora prima di questo: il paziente viene sottoposto, per alcuni giorni, alla dieta liquida, coadiu-

vata da clisteri nutrienti: nel mattino in cui deve essere operato, si sottopone ad una generosa enteroclisi con soluzione fisiologica.

Quest'ultima pratica ha lo scopo di liberare, per quanto è possibile, il colon dalle masse fecali che frequentemente vi ristagnano.

L'uso dei *purgativi* è conveniente quando è possibile o i pazienti vi sono abituati. L'intestino di questi infermi diviene torpido perchè, ostacolato il libero passaggio del contenuto stomacale, manca all'intestino stesso lo stimolo più efficace a contrarsi. Mercè i *clisteri* ed il massaggio si viene il più delle volte ad ottenere lo svuotamento del tubo intestinale, ciò che facilita un normale funzionamento del viscere dopo l'atto operativo, ed allontana il pericolo di un'autointossicazione.

Purgativi. —
Clisteri.

La *pulizia della bocca* del malato, praticata con mezzi meccanici ed antisettici, è pure consigliabile in ogni caso, e costituisce una misura profilattica sulla cui utilità non è necessario insistere.

Pulizia della
bocca.

Durante il periodo di preparazione, i malati sono sottoposti alla pulizia di tutta la persona e del campo operativo, mediante bagni, impacchi antisettici ecc. — Nel giorno che precede l'operazione, la regione anteriore dell'addome e del torace sono accuratamente lavate, rasate, sgrassate con sapone ed etere, disinfettate con soluzioni alcooliche ed acquose di sublimato. Specialmente l'ombelico è colla massima cautela disinfettato: in alcuni casi la disinfezione è completata spennellando con tintura di iodio la cicatrice (CODIVILLA). Dopo ciò tutta la regione è ricoperta con un impacco al sublimato, che si toglie solamente sul tavolo operatorio, dove si ripete la disinfezione.

Disinfezioni
generali.

Trattandosi di individui molto esauriti, è necessario assicurarsi che la temperatura dell'ambiente, in cui si fa la *toilette*, sia ben regolata.

CAPITOLO II.

OPERAZIONE: Anestesia — Incisione della parete addominale — Esplorazione e ricerca dell'ansa da anastomizzare — Fissazione dello stomaco e dell'intestino, gastro-enterostasi — *Modi di praticare l'anastomosi gastro-intestinale:* — Anastomosi con la sutura — Anastomosi con le placche — Anastomosi col bottone.

OPERAZIONE.

Non crediamo opportuno intrattenerci sulle norme che regolano la sterilizzazione delle mani dell'operatore e degli assistenti, ed in generale tutti i preparativi della camera operatoria, norme che sono comuni ad ogni intervento sull'addome.

Considerando invece che alcuni momenti dell'operazione valgono ugualmente per i diversi metodi, ci occuperemo anzitutto di questa parte generale, e passeremo anche in rassegna gli svariati mezzi impiegati dai chirurghi per ottenere l'anastomosi gastro-intestinale.

ANESTESIA.

La più gran parte dei chirurghi impiegano la narcosi cloròformica, previa iniezione morfo-atropinica. Il ROUX ha rinunciato da qualche tempo a questa iniezione preventiva, nella considerazione che possa favorire l'insorgere della pneumonite, prolungando l'insensibilità e rendendo meno energici e frequenti gli accessi di tosse e l'espettorazione. Questo A. preferisce l'anestesia con l'etere, tutte le volte che i bronchi sieno sani, e sopra tutto quando il cuore è sospetto.

Narcosi cloròformica.

Anestesia eterea.

Anche il CODIVILLA adopera l'etere a cui si affida quasi sempre nelle operazioni gravi e lunghe, specialmente della ca-

vità addominale; ma egli fa precedere la somministrazione dell'anestetico da una iniezione della soluzione di morfina ed atropina. Per il CODIVILLA l'etere, purchè venga somministrato con cura, oltre al non mettere quasi mai in allarme durante la narcosi, per la sua azione eccitante sul cuore, fa resistere i malati alle operazioni di lunga durata meglio che non lo faccia il cloroformio, e permette che molto presto si rialzino dallo *shoc* operatorio.

Narcosi mista.

Il MAZZONI di Roma, nei malati debolissimi, fa iniziare l'anestesia col cloroformio e continuarla con l'etere: questo metodo è consigliato anche dal KOCHER.

L'anestesia eterea largamente diffusa in Francia, in Germania ed in Inghilterra, è pochissimo adottata in Italia: consultando la statistica della gastro-enterostomia da noi raccolta, vediamo che, soltanto in rari casi, fu praticata dal BEDESCHI di Urbino, dal RAFFA di Vicenza e dal VINCINI di Rimini.

Inconvenienti della anestesia eterea.

Si è rimproverato, all'etere di favorire l'insorgere della bronchite e sopra tutto della bronco-pneumonite. Ciò, secondo ROUX, è vero; ma assai relativamente. È nota l'importanza e la gravità di questa complicazione postoperatoria della gastro-enterostomia, tanto che il Chirurgo di Losanna la riguarda ormai come l'unico pericolo per i suoi operati, sia che vengano anestesizzati con l'etere o il cloroformio, con la narcosi generale o locale. Però lo stesso ROUX (1) afferma che la quantità di etere impiegata è di una grande importanza, e la bronco-pneumonite meno frequente allorchè l'anestesia è condotta prudentemente: infine che si potrebbe dire l'insorgere della pneumonite essere proporzionale alla quantità del narcotico impiegato!

Anestesia e statistica.

Il GOTTSTEIN (2), avendo confrontato i risultati della Clinica del MIKULICZ, fra anestesie locali e generali, non ebbe a notare differenze apprezzabili, e concluse che l'anestesia non influiva sull'insorgere della bronco-pneumonite postoperatoria. Intanto, su 78 gastro-enterostomie praticate dal MIKULICZ (3) in

(1) ROUX, loc. cit., pag. 36.

(2) GOTTSTEIN, *Archiv. für klin. Chir.*, Bd. 57, S. 416-418.

(3) CHLUMSKY, Weitere Erfahrungen über die Gastroenterostomie. *Beiträge zur klinischen chirurgie*, Bd. XXVII, Heft 1-2, 1900.

25 mesi, dal '97 al '99, si ebbero 21 morti, di cui 10 per pneumonite.

La nostra statistica su di un totale di 1028 operati, con 209 decessi, attribuisce soltanto in 11 casi la causa della morte alla bronco-pulmonite. Noi non vogliamo porre in rapporto *assoluto* questi risultati col genere di anestesia quasi universalmente adottato dai chirurghi che contribuirono alla statistica stessa (cloronarcosi); ma ci sembra che il fatto debba esser tenuto in gran conto dai partigiani dell'anestesia eterea.

Il TERRIER (1) richiama l'attenzione degli operatori sul fatto che, adoperando il cloroformio, allorchè si attira fuori lo stomaco, si verificano frequentemente notevoli disturbi della respirazione, come arresto ed irregolarità delle escursioni. Non è facile stabilire quanto una simile eventualità, che noi stessi abbiamo riscontrato in un caso, sia da attribuirsi alla qualità dell'anestetico impiegato: ad ogni modo si tratta di disturbi affatto transitori.

Anche l'*anestesia locale* è impiegata abbastanza largamente nella gastro-enterostomia, specie in infermi estremamente esauriti, nei quali sarebbe impossibile o assai pericolosa l'anestesia generale. Alcuni chirurghi, come il RECLUS, preferiscono sempre, ed in ogni caso, l'anestesia locale.

Anestesia locale.

Il CRESPI di Orvieto in 30 interventi, su 36, adottò con vantaggio la cocainizzazione locale: ricorsero pure all'anestesia locale cocainica il CATTERINA di Camerino ed il FERRARI di Parma. BIONDI, DE PAOLI, PASCA, POSTEMPSKI, TRICOMI impiegarono, per l'anestesia locale, il liquido di SCHLEICH e il cloruro d'etile.

Finalmente il CECCHERELLI ed il POSTEMPSKI praticarono, in 4 casi, la rachicocainizzazione alla BIER, ottenendo insensibilità completa.

Rachicocainizzazione.

Riserbando l'anestesia locale a casi affatto speciali, noi cre diamo col DURANTE che il cloroformio è ancora da preferirsi nella narcosi generale, quando si possa essere garantiti sulla

(1) TERRIER M. F., De la gastro-entèrostomie postérieure. 14^o Congr. de chir., Paris, 1901. *Mémoires et discussions*, pag. 479.

purezza del farmaco e sulla prudente abilità di chi lo somministra. Noi lo impiegammo costantemente in tutti i nostri operati, taluni dei quali erano in condizioni tutt'altro che rassicuranti, e non avemmo a lamentare seri inconvenienti. Soltanto in un caso (una donna estenuata al massimo grado), allorché si cercò di estrarre lo stomaco per esaminare la regione pilorica, si ebbe arresto subitaneo dei moti respiratori, per cui fu necessario ricorrere alla respirazione artificiale; dopo di che ci fu possibile completare l'operazione, senza altri incidenti.

Noi non sappiamo quale avvenire possa essere riserbato alla rachicocainizzazione nella gastro-enterostomia: notiamo soltanto che le statistiche di questo genere di anestesia non sono ancora relativamente rassicuranti come quelle del cloroformio, e sapendo che, tra i postumi più comuni della cocainizzazione del midollo spinale, è in prima linea il vomito ostinato, riteniamo che non sia troppo indicata nella operazione che è oggetto del nostro studio.

INCISIONE DELLA PARETE ADDOMINALE.

Incisione mediana.

L'incisione mediana, preconizzata da RYDIGIER, NOVARO, KOCHER, CZERNY, CARLE, è generalmente adottata nella gastro-enterostomia.

Altre incisioni.

WÖLFLE, ritenendo che tale incisione predisponga agli sventramenti, consigliò di fare una incisione obliqua, parallela al bordo costale destro, della lunghezza di circa 12 cm.; ma egli stesso tornò, più tardi, a servirsi del taglio mediano.

In casi eccezionali, in cui estese aderenze peritoneali impedivano la esplorazione, qualche chirurgo ebbe a praticare un taglio ad \perp o a — ; ma ordinariamente l'aggiunta di tagli trasversali non è affatto necessaria.

L'incisione si pratica adunque sulla linea xifo-ombellicale, ed è bene che sia sufficientemente ampia, 12-15 cm.: il suo estremo inferiore raggiunge od oltrepassa la cicatrice ombellicale, che è lasciata a destra o, meglio, escissa.

Nei casi di gastropnosi o di grave ectasia gastrica, in cui il campo naturale della operazione viene ad essere spostato in basso, è conveniente abbassare anche l'incisione, interessando per un certo tratto la linea ombellico-pubica.

Si è voluto pensare alla incisione epigastrica, che provoca una soluzione di continuità della cintura infratoracica e rende penosa l'espettorazione, come ad una delle cause che favoriscono l'insorgere della pneumonite dopo la gastro-enterostomia, e conseguentemente si è suggerito di trasportare quanto più in basso è possibile la sede della incisione addominale (ROUX).

È buona pratica fissare il bordo del peritoneo parietale inciso al margine cutaneo, con alcuni punti di grossa seta: così si evita la possibilità di uno scollamento più o meno esteso del peritoneo stesso, ed è facile ottenere la divaricazione dell'apertura, facendo trazione sui fili fissatori, che vengono lasciati lunghi ed annodati insieme da ciascun lato.

ESPLORAZIONE — RICERCA DELL'ANSA DA ANASTOMIZZARE.

Mentre l'assistente divarica, per quanto è possibile, i bordi della breccia addominale, l'operatore compie rapidamente l'esplorazione dello stomaco e degli organi circostanti, con la mano e con l'occhio. Ciò riesce relativamente facile in molti casi; ma, in altri, l'esplorazione è resa difficile e laboriosa da aderenze più o meno valide ed estese: occorre allora procedere con somma cautela, per evitare possibili danni.

Per esplorare la faccia posteriore dello stomaco, o il duodeno, o il pancreas, è necessario praticare un'apertura sul legamento gastro-colico.

Una volta deciso di praticare la gastro-enterostomia, occorre ricercare l'ansa intestinale da anastomizzare allo stomaco.

L'ideale, nella gastro-enterostomia, è che l'anastomosi cada su di una porzione molto alta dell'intestino tenue, in modo che il tratto di canale alimentare che viene ad esser posto fuori di funzione debba riuscire quanto più breve è possibile.

LÜCKE, ROCKWITZ, BORNER (1) consigliarono di scegliere la prima ansa di tenue incontrata sotto la mano. Questa pratica espone a dei gravi inconvenienti: LAUENSTEIN perdette un malato, trenta giorni dopo l'atto operativo, perchè l'anastomosi era caduta sur un punto distante due metri dal duodeno; CODIVILLA anastomizzò l'ileo ad un metro dal cieco; ROUX cadde

Scelta dell'ansa secondo LÜCKE e BORNER.

(1) BORNER. — *Deutsche mediz. Wochenschr.*, 1896, pag. 418.

su di un'ansa lontana 40 centimetri dal cieco stesso: OBALINSKI anastomizzò addirittura il cieco allo stomaco! Il BRIDDON (1) ebbe a perdere un operato di gastro-enterostomia per ostinato vomito fecaloide: all'autopsia si trovò che, anche in questo caso, l'anastomosi era caduta in prossimità del cieco.

Per evitare tanto gravi inconvenienti, è necessario precisare la situazione dell'ansa su cui deve cadere l'anastomosi, scegliendo la porzione più alta dell'intestino tenue; il punto di ritrovo è l'angolo duodeno-digiunale.

Esperienza
di NOTHNAGEL.

Per orizzontarsi sulla direzione dell'ansa digiunale, il ROCKWITZ consigliò di ripetere l'esperienza di NOTHNAGEL, ponendo un grano di sale sull'ansa stessa: dovrebbe prodursi un movimento antiperistaltico, e sarebbe facile allora dirigersi verso l'origine del digiuno, svolgendo l'ansa nella istessa direzione del movimento provocato. Però questo mezzo fallisce nella pratica: LAUENSTEIN, ROUX ed altri che vollero applicarlo, non ebbero a lodarsene.

Si deve dunque ricercare direttamente l'inflessione duodeno-digiunale, ciò che riesce facile con una esatta cognizione anatomica della regione.

Modo di ricercare la prima ansa digiunale secondo WÖLFLE.

WÖLFLE dirige la mano a sinistra della colonna vertebrale, sulla faccia inferiore del mesocolon trasverso, e vi ricerca l'angolo duodeno-digiunale: poscia discende lungo il digiuno per circa 50 cm. e, a quest'altezza, pratica l'anastomosi.

Secondo SOCIN.

SOCIN, come LAUENSTEIN, prende un'ansa del tenue al disotto del colon, e la svolge, mano, mano, fino a raggiungere la parte fissa (angolo duodeno-digiunale). Ma questo metodo, oltre che importare un maneggio non necessario dell'intestino, espone all'errore di dirigersi verso il cieco, costringendo a ripetere poi la manovra nel senso opposto, con notevole perdita di tempo e maggiori pericoli.

Secondo COURVOISIER e DUBOURG.

DUBOURG (2), senza trar fuori alcun viscere, fa spostare in alto lo stomaco, pratica una breccia sul grande epiploon, e, attraverso questa, giunge fino al fondo della retrocavità, lasciando il colon in posto. Si dirige in addietro sul rene sinistro

(1) CHARLES K. BRIDDON. — *New-York Med. Society*, 14 oct. 1896. *Annals of Surgery*, Vol. XXV, 1897, pag. 1900.

(2) DUBOURG. — La gastro-entérostomie dans les stenoses simples du pylore. *11^e Congr. de Chir.*, Paris 1897, pag. 50.

che riconosce e, prossimamente a questo, apre la tela cellulosa del mesocolon trasverso, prendendo l'ansa digiunale sottoposta che è sempre la *buona*; si riconosce al fatto che uno dei capi è fisso, mentre l'altro si lascia svolgere facilmente.

COURVOISIER (1) aveva seguito la stessa via fino dal 1883.

CZERNY solleva in alto il colon trasverso, e va a ricercare l'ansa digiunale più vicina alla colonna vertebrale e che fa angolo con questa. Secondo CZERNY.

JABOULAY rialza l'epiploon davanti allo stomaco, riconosce con la palpazione la 3^a porzione del duodeno e scende quindi, con la mano, fino al digiuno. Secondo JABOULAY.

ADAM e WILHELM consigliano di sollevare l'epiploon ed il colon trasverso, quindi, con la mano destra, dirigersi perpendicolarmente sulla colonna vertebrale, seguendo la faccia inferiore del mesocolon stesso: raggiunto il lato sinistro della colonna vertebrale, afferrare l'ansa del tenue immediatamente vicina che è la prima del digiuno: per assicurarsene, basta esercitare una leggera trazione sull'ansa stessa che, da un lato, rimane fissa. Secondo ADAM.

Concludendo, diciamo che la ricerca della prima ansa digiunale non presenta quella difficoltà che da alcuni si volle attribuirle, e richiede soltanto una certa pratica e l'esatta conoscenza anatomica della regione. Tranne nei primi casi, noi non abbiamo avuto mai bisogno di estrarre il grande epiploon ed il colon trasverso, che respingiamo invece verso l'angolo superiore della breccia addominale: quindi, senza servirci del sussidio della vista, dirigendo la mano a sinistra della colonna vertebrale, immediatamente al di sotto del mesocolon, siamo sempre caduti sulla prima ansa del digiuno. Secondo l'A.

Allorchè esistono estese e valide aderenze del grande epiploon, conviene seguire la via transepiploico-mesocolica, alla maniera di COURVOISIER e DUBOURG.

FISSAZIONE DELLO STOMACO E DELL'INTESTINO — GASTRO-ENTEROSTASI.

Scelta l'ansa del digiuno e, a seconda del metodo, il punto della parete stomacale su cui deve cadere l'anastomosi, alcuni

(1) COURVOISIER, *Centr. Bl. f.*, Chir., 1883, n. 49, p. 794.

La gastro-enterostasi affidata alle mani degli aiuti.

chirurghi affidano alle mani di due aiuti l'incarico di tenere fermi e vicini i due visceri, esercitandovi con le dita una pressione continua, per impedire la fuoriuscita del contenuto, fino a che l'anastomosi stessa non sia compiuta.

Nella Clinica del DURANTE, un aiuto svuota e tiene disteso fra le dita il tratto digiunale, mentre un altro, spingendo lo stomaco dall'alto in basso e dal di dietro allo innanzi, fa protrudere la faccia posteriore del viscere, attraverso la breccia mesocolica (metodo VON HACKER).

In modo affatto analogo abbiamo visto operare il BASTIANELLI di Roma, il CECCHERELLI ed il MONGUIDI di Parma.

Compressori meccanici.

I brillanti successi ottenuti da questi operatori dimostrano che la gastro-enterostasi può essere completamente assicurata dalla mano di abili assistenti. Pur tuttavia ci sembra che questo ufficio sia molto semplificato e migliorato mercè l'uso d'istrumenti compressori che abbiano altresì il non trascurabile vantaggio di provvedere all'emostasi preventiva, senza troppo ingombrare il campo operativo.

Enterostasi ottenuta mercè legature temporanee.

Di istrumenti di tal genere ne furono proposti a dozzine, e non c'è che l'imbarazzo della scelta. Non sarebbe facile, nè d'altronde molto utile, passare diligentemente in rassegna questa ricca categoria dello strumentario chirurgico: diremo soltanto che hanno molto incontrato il favore dei pratici le pinze a branche elastiche (tipo MONARI, DOYEN) rivestite o no di un tubo di gomma, e i compressori a branche parallele (GUSSENBAUER, KUSTER). Molti chirurghi praticarono l'enterostosi con semplici legature di seta, (SCHEDE, KOCHER, BARDENHEUER), altri con legature elastiche (PEAN, CZERNY, HANS SCHMID), altri infine con liste di garza allo iodoformio (BILLROTH, WÖFLER, EISELBERG).

CODIVILLA, come compressori dello stomaco, adopera le pinze elastiche di DOYEN, e per l'intestino le semplici forcine da arricciare delle signore, forcine che, in qualità di *clamp*, vide usare da ROUX.

Emoenterostato del BIGI.

Un compressore di cui non sapremo mai lodarci abbastanza è l'*emoenterostato* ideato dal BIGI di Perugia, e che egli adopera fino dal 1883 per la resezione intestinale. Consta di due bastoncini metallici, lunghi 15 cm., del diametro di 5-6 mm., invaginati in un tubo di cautchouc. Allorchè la plica stomacale o digiunale è presa fra i due bastoncini, tenuti parallelamente, questi sono fermati alle estremità con due anelli di gomma

elastica. Avremo occasione di ritornare sull'uso di questo compressore, descrivendo la tecnica da noi seguita nel metodo VON HACKER.

Affatto simile all'emoenterostato del BIGI è quello proposto più tardi dal RYDIGIER, e conosciuto sotto il suo nome: questo strumento ha le due aste piatte, lunghe 13-15 cm., larghe circa 7 mm., ed invaginate in un tubo di gomma.

Lo CZERNY impiega, come compressore, due bacchette di vetro.

Non ci risulta che i compressori di BIGI, RYDIGIER e CZERNY, largamente usati nella piletomia, sieno stati applicati, secondo la tecnica che descriveremo più innanzi, nella gastro-enterostomia.

MODI DI PRATICARE L'ANASTOMOSI GASTRO-INTESTINALE.

La nuova comunicazione fra stomaco ed intestino, può stabilirsi per mezzo di *suture*, o applicando apparecchi speciali, come *placche*, *bottoni* ecc.

ANASTOMOSI CON LA SUTURA.

Le incisioni dello stomaco e dell'intestino sono ordinariamente lineari e parallele: DOYEN, per evitare il pericolo di una cicatrizzazione dei due labbri dell'anastomosi, propose di praticare l'incisione stomacale perpendicolare a quella intestinale.

Incisioni viscerali.

VILLAR, DUBOURG, JEANNEL escisero un lembo ellittico della parete dei due visceri.

L'incisione si pratica generalmente col bisturi: per evitare l'emorragia e le necessarie legature, HEYDENREICH, DOYEN, MICHAUX e GROSS ricorsero al termocauterio. BARKER (1), ROUX ed altri consigliano d'incidere dapprima soltanto la sierosa e la muscolare, sia dello stomaco che dell'intestino, aprendo le mucose quando già i bordi posteriori delle due tuniche, precedentemente incise, sieno suturati.

(1) BARKER. — Gastro-enterostomy, a new method of suture. *Brit. medic. Jour.*, London, 1886, t. I, pag. 292.

TERRIER (1) e MONTENOVESI, per diminuire i pericoli di contaminazione del peritoneo, dopo aver praticato i due piani posteriori di sutura, sieroso-sieroso e sieroso-muscolare, passavano, senza annodarle, le diverse anse di filo che dovevano costituire il piano sieroso-muscolare anteriore, e le stringevano nello stesso momento in cui le mucose venivano aperte. Anzi, a questo scopo, il MONTENOVESI aveva fatto costruire un istrumento speciale per passare contemporaneamente le diverse anse di filo, con notevole risparmio di tempo sulla durata della operazione.

Descriveremo, in un capitolo speciale, i metodi escogitati per aprire le mucose a *cielo coperto*, cioè quando le suture anteriori sono compiute.

Emostasi.

L'emorragia che si ha dalle incisioni viscerali è spesso insignificante: molte volte però è tale da richiedere la legatura dei vasi più importanti.

Alcuni praticano le legature con catgut: altri, come il CARLE, preferiscono la seta che permette di stringere assai meglio, e, nelle sierose, resta facilmente incapsulata.

Impiegando l'emoneterostato che impedisce ogni emorragia durante l'atto operativo, si risparmiano le allacciature, poichè i diversi piani di sutura assicurano l'emostasi definitiva.

Materiale di sutura.

Come materiale di sutura, può dirsi ormai universalmente adottata la seta: lo SCHIASSI (2) ebbe a perdere, per peritonite settica, un operato in cui le suture erano state praticate con catgut.

Aghi.

Quanto alla forma degli *aghi*, questa varia a seconda dei diversi chirurghi. Il DURANTE adopera aghi assai curvi; il CARLE ne ha fatti costruire degli speciali, sottili, lunghi e curvi; il CODIVILLA si servi di aghi retti, comuni, lunghi, detti da modista. Corrispondono assai bene gli aghi rotondi di HAGERDON, sottili, a grande curva, a cruna spaccata, che noi adoperiamo direttamente senza portaghi, con un notevole risparmio di tempo.

(1) TERRIER, in TROGNON. — La gastro-entérostomie en France et ses resultats *These de Paris*, 1892-93.

(2) SCHIASSI. — V. Statistica.

Il WÖLFLE, nella sua prima gastro-enterostomia, praticò una *sutura a punti staccati*, a tre piani: sieroso-sieroso, siero-muscolare e muco-mucoso. Questa sutura (LEMBERT-CZERNY-WÖLFLE) Sutura intercisa.

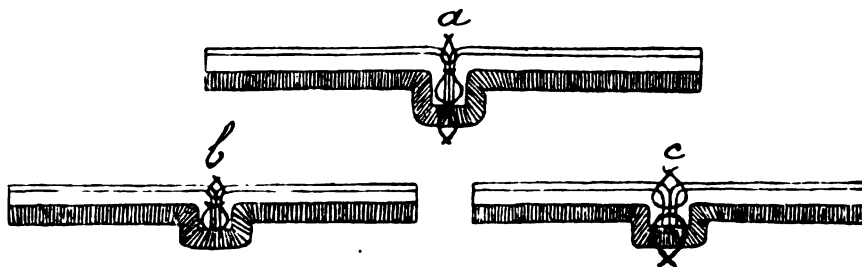


fig. 3.

FLER, fig. 3 a) fu adottata da molti chirurghi: altri eseguirono due soli piani di sutura, sieroso-sieroso e siero-muscolare, (LEMBERT-CZERNY, fig. 3 b): altri compresero con un piano profondo tutte e tre le tuniche intestinali, e con uno esterno la sierosa e la muscolare (CZERNY-ALBERT, fig. 3 c).

I chirurghi inglesi si sono spesso serviti della sutura di HALSTED la quale consiste in un doppio punto alla LEBERT, annodato lateralmente (fig. 4).

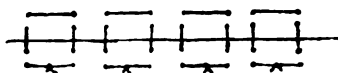


fig. 4.

Però la sutura a punti staccati è stata ormai completamente sostituita dalla *sutura continua*. Il CARLE che l'ha adottata Sutura continua.

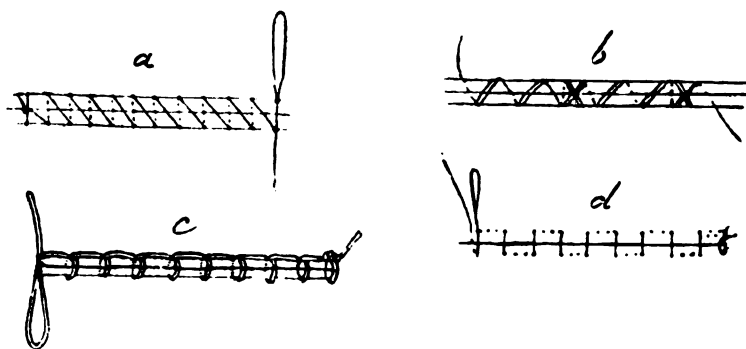


fig. 5.

tata dal '92 in poi, dice che non ne saranno mai lodati abbastanza i vantaggi, giacchè abbrevia straordinariamente l'operazione e non presenta sulla sutura intercisa inconvenienti di

sorta. Questo giudizio del CARLE può dirsi diviso dalla straordinaria maggioranza dei chirurghi.

Il tipo di sutura continua più comunemente usato è il soprappiglio alla LEMBERT-CZERNY (fig. 5 a). DOYEN propose ed eseguì un tipo di soprappiglio che egli chiamò *a punti rinforzati*, e che consiste nel ripassare l'ago, ogni 5 o 6 punti, nell'ultima porzione già suturata (fig. 5 b). A. REVERDIN (1) propose nel 1898 un soprappiglio *a punti arrestati* (fig. 5 c). Già il ROUX aveva precedentemente suggerito di arrestare il filo ogni 5 o 6 punti alla maniera del REVERDIN.

Il BONOMO, nei suoi esperimenti sul cane, ebbe molto a lodarsi della sutura continua a filzetta (fig. 5 d).

Chi ha una pratica sufficiente del soprappiglio sa mantenere una tensione costante ed uniforme del filo, senza bisogno di arrestare o rafforzare i punti.

Pinze fissatrici per facilitare la sutura.

Il CODIVILLA ha fatto costruire delle pinze speciali che facilitano ed abbreviano l'esecuzione del soprappiglio. Queste pinze sono simili a quelle uncinato comuni, ma con un solo e lungo uncino per lato e con un punto d'arresto perchè l'istrumento si mantenga chiuso. Una volta preparate le due linee che devono essere riunite, le pinze, alla distanza di 2 cm. l'una dall'altra, fissano i due bordi da suturarsi. Così l'assistente, sollevando, man mano che la sutura procede, l'una poi l'altra delle pinze, innalza i bordi della linea di cucitura, e questa si avvanza spedita e facile.

Il DOYEN ha fatto costruire, allo stesso scopo, delle piccole pinze a punta, simili alle MUSSEAU.

Sutura alla MAUNSELL.

Il MAUNSELL (2) propose di applicare alla gastro-enterostomia il suo metodo generale di anastomosi, immaginato per la chirurgia intestinale.

Questo A. incide il digiuno, longitudinalmente, sul bordo libero, per circa un pollice, e fa altrettanto sullo stomaco, subito al disopra della grande curvatura: quindi, con due lunghi e robusti fili di seta, egli interessa, a tutto spessore, i due angoli delle incisioni viscerali, e pratica, nel centro della parete

(1) REVERDIN A. — Nouvelle suture. *Bullet. et mem. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1898, t. XXIV, pag. 213-315.

(2) MAUNSELL. — A new method of intestinal surgery. *The American Journal of medical sciences*, Philadelphia, 1892, t. I, pag. 245.

anteriore del ventricolo, una incisione trasversale, sufficientemente ampia da permettere facilmente l'invaginazione dei tratti

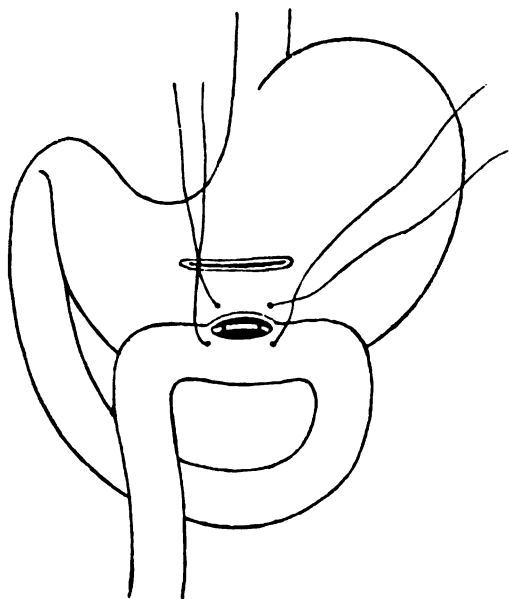


fig. 6. — Metodo MAUNSELL
1° tempo.

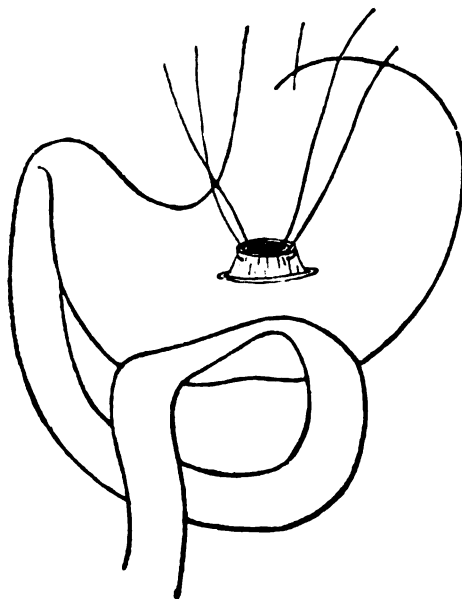


fig. 7. — Metodo MAUNSELL
2° tempo.

viscerali da anastomizzare (fig. 6). Eseguita l'invaginazione per mezzo dei fili (fig. 7), il MAUNSELL riunisce lo stomaco all'intestino con una sutura che comprende le pareti a tutto spessore. Compiuta questa sutura, si ripongono i visceri nella loro posizione normale, e si chiude l'apertura mediana dello stomaco con un sopraggitto siero-muscolare. Con questo metodo le suture ed i nodi dell'anastomosi sono situate nell'interno dello stomaco, e nulla si vede all'esterno.

È facile giudicare che il processo MAUNSELL non è destinato ad incontrare fautori tra i pratici.

Sia nella descrizione dei diversi processi operativi, sia discutendo la scelta del metodo, avremo occasione di ritornare sulla tecnica della sutura gastro-intestinale, e, basandoci sui risultati clinici, potremo allora trarne utili ammaestramenti, specie ponendola a raffronto con gli apparecchi anastomotici che ora passeremo in rassegna.

ANASTOMOSI CON LE PLACCHE.

Placche di
SENN.

Ritenendo il metodo delle suture troppo lungo, il SENN (1) ebbe l'idea di mantenere in contatto le superfici da anastomizzare per mezzo di placche riassorbibili. Egli sperimentò, con successo, sugli animali e sull'uomo, questo metodo che ebbe in Inghilterra molti fautori; JESSETT e GARDNER se ne fecero paladini.

Modi di pre-
parare le plac-
che di SENN de-
calcificate.

Tutti questi chirurghi si servirono di *placche di osso decalcificato*, preparate nel modo seguente. Sul femore o sulla tibia del bue, nei punti in cui l'osso è più compatto, si tagliano delle lamine di forma ovale, dello spessore di mm. 5¹/₂, e della larghezza di cm. 2¹/₂. Queste lamine vengono decalcificate, immergendole in una soluzione di acido cloridrico al 10⁰%, che è rinnovata tutti i giorni, e, ottenuta la completa decalcificazione, si lavano con una soluzione di potassa per togliere l'eccesso di acido.

Nelle placche così preparate si pratica, con un coltello, un'apertura centrale lunga 3 cm. e larga 7 mm.: a ciascuna estremità della placca, e sui lati, in prossimità dell'apertura centrale, si fa un foro. Le lamine sono allora pronte per la loro applicazione, e si conservano in un miscuglio di acqua, alcool e glicerina, a parti eguali.

Modi di ar-
mare le plac-
che.

Le placche sono armate in un modo speciale, così: si pren-

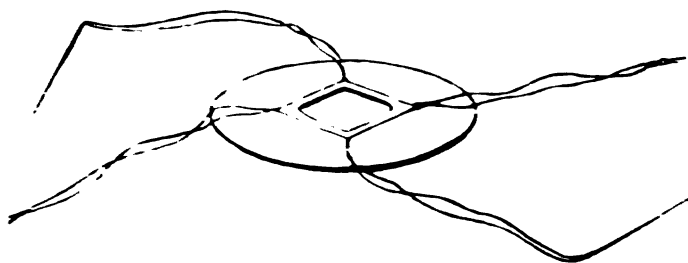


fig. 8. — Placca di SENN armata dei fili.

1 SENN N. — An experimental contribution to intestinal surgery. *Trans. of IX International med. Congress*, Washington, 1887, t. I, pag. 435, et *Annals of surgery*, St. Louis, 1888, t. VII, pag. 1, 39, 171, 264, 367, 421 The surgical treatment of pyloric stenosis, with a report of 15 operations for this condition. *Medical Record*, N. Y., 1891 t. I, pag. 557 e 589.

dono due fili di seta aseptica, lunghi 65 cm. e s'infilano in due aghi retti, annodandoli insieme alla estremità. Questi nodi che uniscono i fili tra loro, corrisponderanno alle estremità della sutura d'apposizione, mentre la parte media dei fili, in cui è l'ago, corrisponderà alla parte terminale delle suture laterali o di fissazione.

Occorrono due placche uguali per eseguire un'anastomosi col metodo di SENN.

Messe in rapporto le parti da anatomizzare, si pratica sull'intestino, in corrispondenza del bordo libero, una incisione longitudinale abbastanza ampia per permettere la introduzione della placca riassorbibile: collocata questa in posto, gli aghi dei

Modo di fare l'anastomosi alla SENN.

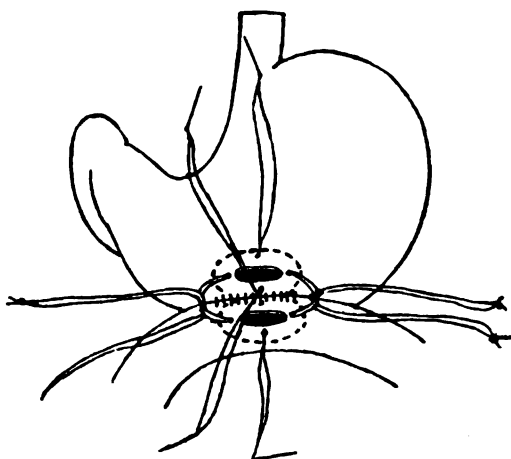


fig. 9. — Metodo del SENN.

fili laterali sono passati attraverso le pareti intestinali, di dentro in fuori, vicino al margine della incisione, e della parte media di questa. Ciò fatto, i fili terminali della placca sono fatti uscire agli angoli della incisione, e si involge il tutto con una compressa sterilizzata, che l'aiuto tiene ferma all'angolo inferiore della breccia addominale.

Si pratica altrettanto sullo stomaco che viene inciso a qualche centimetro dalla grande curvatura, parallelamente al suo grande asse. Con un sopraggitto al catgut, tutto intorno alle labbra delle incisioni viscerali, s'impedisce l'ernia delle mucose e si arresta l'emorragia.

A questo momento si scarificano leggermente le superfici

sierose che debbono esser poste a contatto, quindi i due orifici viscerali sono affrontati, e si riunisce con un nodo la parte posteriore delle suture laterali (fig. 9): si annodano ancora i fili delle estremità, e finalmente quelli della parte anteriore delle suture laterali. Prima di stringere questi ultimi, si spingono diligentemente fra le placche i bordi delle incisioni stomacale ed intestinale.

È prudente sostenere l'azione delle placche con un sopraggitto sieroso tutto all'intorno dell'anastomosi.

L'operazione così praticata richiederebbe, secondo i fautori del metodo, dai 30 ai 45 minuti, cioè un tempo maggiore di quello che occorre per praticare una gastro-enterostomia, con due o tre strati di sutura, senza bisogno d'introdurre placche o sostegni nelle cavità viscerali, e con la sicurezza di procurarsi una comunicazione ampia, sicura e subito funzionante.

Dopo la pubblicazione del metodo di SENN, molti altri metodi di gastro-enterostomia, basati sullo stesso principio, furono proposti.

Altre placche.

ABBE (1) propose di impiegare delle lamelle di catgut, BROKAW (2) dei tubi di caoutchouc ripieni di grosso catgut e delle rotelle di aorta di bue, ROBINSON (3) delle lamelle di caoutchouc.

VON BARACZ (4) suggerì l'uso di placche tagliate dalla rapa, il DAWNBARN impiegò rotelle di patata, MATIGNON (5) fece degli esperimenti con dei dischi di corno tagliati dallo zoccolo del bue.

Metodo del
CREDE con
placche spe-
ciali d'argento.

Più recentemente il CREDE (6) di Dresda, riferiva al 29° Congresso tedesco di chirurgia, tenutosi in Berlino nel 1900, un suo metodo di anastomosi del tubo digestivo, per mezzo di speciali placche d'argento.

Ecco la descrizione del metodo: scelta l'ansa del digiuno, l'A. vi pratica, sulla faccia laterale e più vicino alla inserzione

(1) ABBE, *New-York Med. Journ.*, 28 mar. 1889, t. XLIX, pag. 314.

(2) BROKAW, *Internat. Journ. of surgery*, nov. 1889.

(3) ROBINSON, *Philadelphia med. News*, mars 1891, pag. 285.

(4) VON BARACZ, Gastro-enterostomie mittels Plattensicht nach Senn bei Anwendung meiner Kohlrübenplatten, *Archiv. für klin. Chirurg.*, 1892, t. XLIV, pag. 580.

(5) MATIGNON, De la gastro-entérostomie dans le cancer du pylore, *These de Bordeaux*, 1892-93, n. 27.

(6) CREDE, *Semaine medicale*, 1900, pag. 145.

mesenteriale che alla parte convessa, una incisione di circa un centimetro, nella quale introduce due placche oblunghe in argento, perforate alle estremità, e separate da un piccolo tubo di cautchouc. Queste due placche sono riunite per mezzo di due fili di seta assai robusti, che passano per i fori di ciascuna estremità delle placche, e sono armati di aghi: introdotte le placche, gli aghi si fanno passare attraverso le pareti intestinali, in corrispondenza del bordo libero e l'incisione è chiusa con un sopraggitto siero-muscolare.

Si pratica ora una piccola apertura sulla parete anteriore dello stomaco, in modo da potervi introdurre l'indice sinistro, e, con la punta del dito, si determina, spingendo dall'interno all'esterno, il punto del ventricolo che deve essere anastomizzato (parete posteriore, in prossimità della grande curvatura, nietodo VON HACKER). Su questo punto si fanno passare i due aghi, dallo esterno all'interno, e i fili vengono tirati fuori dall'apertura in cui era introdotto l'indice. Non resta allora che passare i fili stessi nei fori di una terza placca, uguale alle precedenti, introdurre questa nel ventricolo, ed annodare strettamente le due anse: si chiude l'apertura gastrica e l'operazione è compiuta.

Le pareti dello stomaco e dell'intestino, dice il CREDE, restano così compresse tra le placche d'argento, mentre il tubo di cautchouc, situato tra le due lamine introdotte nell'intestino, grazie alla sua elasticità, determina una pressione continua, che produce, nello spazio di 5-8 giorni, la necrosi del diaframma gastro-intestinale. Le placche cadono allora nell'intestino e vengono eliminate: perchè l'eliminazione sia più pronta e sicura, l'A. unisce ad una delle lamine da introdursi nell'intestino una oliva d'argento, la quale esercita, per il suo peso, un certo grado di trazione.

Il Congresso, ben a ragione, accolse con poco entusiasmo la proposta del CREDE, e, mentre il LINDNER esprimeva l'avviso che non si sente in chirurgia il bisogno di nuovi metodi per la gastro-enteroanastomosi, il KRÖNLEIN dichiarava di ritenere la sutura preferibile, per la sua sicurezza, a tutti gli apparecchi anastomotici.

Ci riserbiamo di dimostrare più innanzi la verità dell'affermazione del KRÖNLEIN, ed intanto constatiamo che, sbollito il primo entusiasmo per il metodo del SENN, questo può dirsi

ormai completamente abbandonato, perchè non realizza, come si proponeva l'A., un risparmio di tempo sulla durata dell'atto operativo, perchè non è di facile esecuzione e non assicura una bocca anastomotica sufficientemente ampia, perchè infine sono stati proposti, successivamente, altri apparecchi che hanno, sull'applicazione delle placche, non trascurabili vantaggi.

ANASTOMOSI COL BOTTONE.

Bottone di
MURPHY.

I metodi fin qui descritti tendono a rendere più rapida e semplice l'applicazione delle suture. Il MURPHY (1) di Chicago immaginò un apparecchio, il bottone anastomotico, che sostituisce completamente la sutura.

Il bottone del MURPHY consta di due pezzi metallici che si chiudono ad incastro. Ciascuno di questi è formato da un cilindro cavo che termina con una coppa: i cilindri s'incastano l'uno nell'altro per pressione e vi sono mantenuti per lo sporgere, attraverso due fori praticati sul cilindro maschio, di due denti spinti da una molla, e che si impegnano in solchi corrispondenti nello interno del cilindro femmina. I denti non abbandonano più la presa per trazione, ma solo svitando il maschio. Questo poi porta ancora, lungo il cilindro, una placca circolare mobile, che una spirale tende costantemente ad allontanare dalla coppa. Quando i pezzi sono riuniti in sito, questa placca schiaccia continuamente le pareti viscerali affrontate contro il tondo della coppa femmina, necrotizzandole. Le coppe hanno anche dei fori di drenaggio che servono a pulire l'interno dello strumento dopo la sua eliminazione con le fecci. In rari casi questi fori si prestano al passaggio di anse di filo con cui attrarre provvisoriamente una metà del bottone ed un viscere sovr'essa incappucciato.

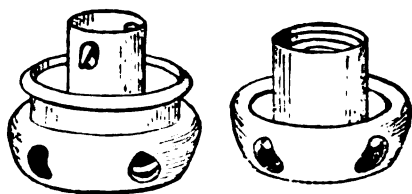


fig. 10. — Bottone di MURPHY.

Dimensioni
del bottone
MURPHY.

Si hanno 4 numeri del bottone di MURPHY, corrispondenti a grandezze diverse:

(1) MURPHY, *Medical Record*, 10 dec. 1892, t. II, pag. 665.

N. 1	diametro mm.	20	diametro cilindro mm.	7
» 2	»	»	22	»
» 3	»	»	25	»
» 4	»	»	26	»

Si sono anche costruiti dei bottoni a forma ovale, per la gastro-enterostomia e le anastomosi del crasso.

Il modo d'inserzione delle due metà del bottone anastomotico è assai semplice. Fissando i due visceri colle dita di un assistente o con pinze, si praticano, nei due punti da anastomizzare, due incisioni siero-muscolari, lunghe $\frac{2}{3}$ del diametro del bottone; vi si passa intorno un punto a borsa di tabacco, si incidono le mucose, e, fissando ciascuna con una pinza le due metà del bottone, s'introducono rispettivamente nelle incisioni viscerali, la parte del maschio, più pesante, nell'intestino, la parte femmina nello stomaco; si stringono poi i fili a borsa di tabacco, fin contro il cilindro centrale, badando che, nel maschio, la parete viscerale s'incappucci al di sopra della placca di pressione.

Non resta allora che da incastrare i cilindri, spingendoli l'uno nell'altro colle dita che afferrano le coppe attraverso le pareti viscerali, protette, se si vuole spingere molto avanti la compressione, da uno strato di garza: le pareti centrali sono difatti soggette ad ammaccarsi sul cercine dei fori polari del cilindro centrale.

CARLE e FANTINO (1) hanno modificato la tecnica dell'applicazione del bottone nel modo seguente: invece di passare preventivamente il filo a borsa di tabacco, incidono il viscere per un tratto non superiore ai $\frac{2}{3}$ del diametro del bottone, in modo che questo penetri a forza, e, ai due estremi di questa rima, applicano da ciascun lato 1-2 punti, così che i margini restano forzatamente accollati alla base del cilindro centrale. Se si ha realmente la precauzione di fare una incisione molto stretta, i due estremi di essa resteranno compressi fra i margini delle due coppe, e non vi sarà pericolo che il contenuto gastro-intestinale possa uscire.

Questo modo di applicare il bottone ha su quello di MURPHY il vantaggio di non produrre alcun raggrinzamento, come

Applicazione
del bottone secondo
CARLE.

(1) CARLE e FANTINO, Contributo alla Patologia e Chirurgia dello stomaco, *Il Policlinico*, 1898, pag. 175.

necessariamente avviene nella sutura a borsa di tabacco, e quindi permette un perfetto combaciamento delle sierose.

F. W. MURRAY (1), presentando alla Società di Chirurgia di New-York un suo operato di gastro-enterostomia col bottone di MURPHY, proponeva di modificarne l'applicazione in un modo perfettamente analogo a quello già praticato dal CARLE.

Aggiunta complementare al bottone di A. BOARI

Invece delle pinze, destinate a fissare le due metà del bottone mentre vengono applicate, il BOARI (2) ideò e propose un manico da innestarsi sui due segmenti del bottone stesso, ad un doppio scopo: 1.º da servire di punto di presa; 2.º di im-



fig. 11. — BOARI, Manico-coperchio montato sulla metà del bottone di MURPHY.

pedire il versamento del contenuto gastro-intestinale, durante il tempo necessario ad espletare le manovre che precedono l'innesto delle due metà. Quando le due metà sono in posto, fissate dalla sutura, si toglie il manico, tanto da una parte che dall'altra, e si articola il bottone, come normalmente.

Applicazione del bottone secondo JONNESCO.

JONNESCO (3) (di Bucarest) propose un metodo speciale per l'applicazione del bottone. Questo A., partendo dal concetto che la incisione viscerale, in cui s'introduce la metà del bottone, è necessariamente troppo larga per adattarsi attorno al cilindro centrale, ciò che rende impossibile un esatto affrontamento delle pareti sierose, procede nel modo seguente: apre l'intestino a 3-4 cm. di distanza dal punto su cui deve cadere l'anastomosi, e v'introduce la metà maschio del bottone, fer-

(1) MURRAY F. W., New-York Surgical Society, Meet. dec. 14 1898, *Annals of Surgery*, Vol. XXIX, 1899, pag. 484.

(2) BOARI, Aggiunta complementare al bottone di Murphy, *Accad. di Scien. Med. e Nat. di Ferrara*, 29 luglio 1899.

(3) JONNESCO, Un nouveau procédé pour l'application du bouton de Murphy. *Arch. Soc. med. de Bucarest*. Paris, 1896, pag. 45-49.

Lo STESSO, Modifications au bouton de Murphy. *Gaz. des Hopit.*, Paris, 1896, n. 132, pag. 1297.

mata su di una pinza, col cilindro rivolto verso la parte convessa dell'intestino stesso: facendo leva con la pinza dall'interno



fig. 12. — BOARI, Manico-coperchio smontato.

verso l'esterno, incide a croce, con due piccoli tagli, la parete del viscere, in modo che vi passi appena il cilindro del bottone. Con una semplice legatura, o con un punto a borsa di tabacco, ferma i bordi delle incisioni attorno al cilindro stesso, quindi opera in modo uguale dal lato dello stomaco: finalmente, servendosi sempre delle pinze che fermano le due metà del bottone, avvicina la branca maschio alla femmina, e le articola. L'operazione si termina chiudendo con sutura le incisioni dello stomaco e dell'intestino.

Così il JONNESCO applica il bottone per evitare la sutura, ma si serve della sutura per applicare il bottone! Non crediamo necessario l'insistere per dimostrare che l'idea del JONNESCO è complicata e pericolosa per la sepsi, e toglie al bottone di MURPHY il pregio principale attribuitogli dai suoi ammiratori: la celerità della esecuzione.

Si deve praticare una sutura di rinforzo intorno al bottone?

MURPHY (1) disse questa sutura *inutile*, allorché non si ha notevole trazione tra i visceri anastomizzati, ciò che non gli era mai accaduto di riscontrare. Vedremo come questa trazione si ha spesso nella gastro-enterostomia antecolica.

Sutura di rinforzo attorno al bottone.

WILLY MEYER (2), SCHEDE e SICK (3) consigliarono di eseguire una sutura continua di sostegno, attorno al bottone, e CARLE e FANTINO (4), pur essendo tentati di credere all'as-

(1) MURPHY, *Lancet*, 1894, pag. 625.

(2) WILLY MEYER, The place of the Murphy - button in gastro-enterostomy, *Annals of surgery*, Philadel., 1897, t. II, pag. 31.

(3) In GRAFF, Der Murphy'sche Knopff und seine Anwendung. *Archiv. für klin Chir.*, Berlin, 1896, t. LII, p. 251.

(4) CARLE e FANTINO, loc cit., pag. 478.

serzione del MURPHY, eseguirono sempre la sutura stessa, che richiederebbe, a detta di questi AA., da 2 a 4 minuti di tempo. Tale pratica è del resto adottata dalla grande maggioranza dei chirurghi che impiegano il bottone.

Modificazioni
al bottone
MURPHY.

Modificazioni al bottone di MURPHY. — Ricorderemo alcune delle moltissime modificazioni proposte per eliminare taluni inconvenienti attribuiti al bottone di MURPHY.

Enteroplexo
di RAMAUGÉ.

Il RAMAUGÉ (1), professore di medicina operatoria a Buenos-Ayres, costruì un apparecchio che chiamò *enteroplexo*, e consistente in due anelli di alluminio che s'incastano con un metodo di chiusura simile a quello dei guanti, e tengono a contatto le sierose dei due capi arrovesciati in dentro.

Modificazione
di GARBARINI.

Il GARBARINI (2), constatando che è un grave inconveniente non poter riaprire con facilità il bottone, una volta che fosse male applicato, fece costruire le intaccature del tubo femmina in modo che, in punti perfettamente opposti, fossero interrotte da due solcature longitudinali, lunghe quanto il tubo, e alquanto più larghe dei denti della branca-maschio. Volendo disarticolare le due metà dell'istrumento, si fanno ruotare in modo che i denti di arresto vengano in corrispondenza delle solcature longitudinali. La mancanza di resistenza avverte che i denti sono in corrispondenza delle suddette solcature: allora, mediante una leggera trazione, le due parti sono separate.

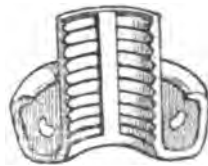


fig. 13. — GARBARINI,
Modificazione al bot-
tone di MURPHY.

Il bottone cade frequentemente nello stomaco e, nei $\frac{2}{3}$ dei casi, non viene eliminato: questo fatto che, per alcuni, non costituisce un serio inconveniente, preoccupa, ben a ragione, molti altri che dovettero intervenire con la gastrotomia per estrarre il bottone, causa di notevoli disturbi.

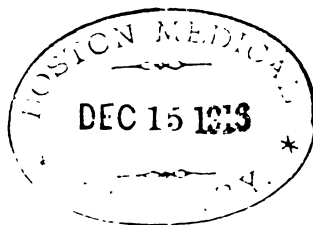
Bottone se-
miasor-
bibile del
BOARI.

Per rimediare a questo inconveniente, il BOARI (3) fece dapprima costruire un bottone che, senza avere alterata la

(1) RAMAUGÉ, *Wien. med. Presse*, 15 oct. 1893.

(2) GARBARINI, Delle anastomosi intestinali col bottone di Murphy. *La Clinica Chirurgica*, a. IV, n. 2, 1896.

(3) BOARI A., Modificazioni al metodo anastomotico di Murphy. *La Clinica Chirurgica*, 1897, n. 4.



forma e le dimensioni, fosse costituito per metà di sostanza riassorbibile, come l'osso semidecalcificato.

Fece costruire in avorio la parte esterna, la cassa, che è la più voluminosa, e lasciò in metallo la parte centrale, che è più stretta, ed ha bisogno dell'ingranaggio a vite.

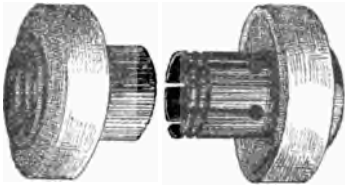


fig. 14. — BOARI, Bottone semi-riassorbibile in atto di articolarsi.

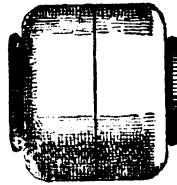


fig. 15. — BOARI, Bottone semi-riassorbibile chiuso.

Il bottone rimane così composto da due dischi di avorio, incavati, i quali si possono infilare sul tubo di metallo, e sono trattenuti da due cerchi rilevati a superficie rotonda.

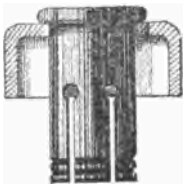


fig. 16.

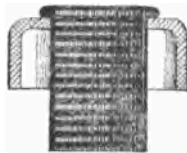


fig. 17.



fig. 18.

Le due figure 16 e 17 dimostrano l'ampiezza della camera, la parte centrale di metallo, i dischi d'avorio: la figura 18 dimostra il pezzo metallico che deve essere espulso.

La parte d'avorio, secondo l'A., dovrebbe sciogliersi, e il cilindro che deve essere espulso, rimarrebbe di metà più piccolo del bottone interamente metallico: il tubo ha le estremità orlate di un cerchio cilindrico (fig. 18), e non è quindi a temere che possa offendere l'intestino.

Bottone d'avorio interamente riassorbibile.

Però, non completamente soddisfatto della semiriassorbibilità di questo bottone, il BOARI (1) ne fece poi costruire uno tutto in avorio, con la metà maschio munita all'esterno di un passo di vite che ha l'elica foggata a guisa di dente di sega. La metà femmina, invaginata, porta internamente, all'estremità dell'orlo, due soli giri di vite foggata come la precedente, ma col dente in senso inverso, ed è resa elastica, a scatto, da alcune fenditure laterali.

Il BOARI, sperimentando questo bottone sul cane, trovò che già al 3° giorno l'avorio comincia ad essere corroso dai succhi digerenti, e, dopo 10-12 giorni, è completamente digerito. Pur tenendo conto che lo stomaco dell'uomo, come obbiettava il CECI all'A. nell'XI Congr. della Soc. Ital. di Chirurgia, non ha la stessa forza digestiva dello stomaco del cane, è certo che, dopo una lunga permanenza nel ventricolo, questo bottone finirebbe per essere assorbito, ed uno degli inconvenienti obbietti all'istrumento del MURPHY, non forse il più grave, verrebbe ad essere eliminato.

Bottone scomponibile del GARAMPAZZI.

Allo stesso principio direttore della modificazione del BOARI, s'informa quella del GARAMPAZZI (2) di Novara, il quale cercò diminuire il peso ed il volume del bottone, chiamando a contributo parecchie modificazioni proposte già da altri. Egli mira alla leggerezza, adottando quale materiale da costruzione l'alluminio, e provvede agli inconvenienti del volume col formare le capocchie di 4 pezzi, che si uniscono cerchiandoli con un filo di catgut. Sciolto questo dai succhi enterici, i pezzi si scompongono e vengono così separatamente eliminati.

Alcuni casi di gastro-enterostomia col bottone scomponibile del GARAMPAZZI sono stati pubblicati dal VIANA (3) che ne magnifica i pregi.

Bottone e tira-bottone di AGOPOFF.

Sempre allo scopo d'impedire la caduta e la permanenza

(1) BOARI G., Loc. cit.

(2) GARAMPAZZI, Un nuovo bottone (alla Murphy) scomponibile, *Rifor. Med.*, 1897, vol. IV, n. 4-5-6, ott. pag. 27-37-50.

(3) VIANA, Per la casistica delle gastro-enterostomie ed enterostomie, in rapporto all'applicazione del bottone di Murphy e del bottone scomponibile. *Gazz. degli Osp. e delle Clin.*, n. 12, 1901.

del bottone nello stomaco, AGOPOFF (1) immaginò un bottone speciale ed uno strumento, il tira-bottone, per estrarlo dalla via della bocca. Al bottone, durante l'anastomosi, viene legato un lungo e robusto filo, che si estrae dalla bocca mediante il tira-bottone, una specie di sonda, precedentemente introdotto nel ventricolo. Dal 5° al 9° giorno, allorchè si sente l'apparecchio mobile nello stomaco, si cloroformizza il malato, s'introduce, sulla guida del filo, il tira-bottone nell'esofago, e, mediante un congegno speciale, che è superfluo descrivere, si estrae il bottone stesso dalla bocca!

Certi metodi vanno ricordati soltanto a titolo di curiosità, e per dimostrare quali idee peregrine può suggerire l'idolatria del bottone.

CHAPUT (2), riferendosi ai casi di morte per peritonite da perforazione, in seguito all'uso del bottone, e in base ai suoi esperimenti sugli animali, sopprime l'anello a molla che si trova nella parte maschio, ritenendolo causa di gangrena diffusa per il suo bordo tagliente e per le sua azione costringitiva troppo energica. Altrettanto fece il BOARI nelle sue due modificazioni.

Modificazione
di CHAPUT al
bottone MUR-
PHY.

VILLARD (3) fece costruire un bottone, in cui è pure soppresso l'anello a molla, e che differisce principalmente da quello di MURPHY per un forte ingrandimento del lume centrale, e per tre larghi orifici di cui sono provviste le cupole.

Modificazione
di WILLARD.

CHAPUT (4) ideò alla sua volta un bottone speciale, un anello di stagno, provvisto al centro di un orifizio e all'esterno di una gronda; l'apertura centrale misura 5 mm. di larghezza su 30 di lunghezza. I margini della gronda presentano da

Bottone di
CHAPUT.

(1) AGOPOFF, Nouveau bouton anastomotique et instrument dit tire-bouton, destiné à l'extraire par la voie buccale. *Presse médicale*, Paris, 2 dec. 1896, pag. 652.

(2) CHAPUT, Inconvenients et indications du bouton de Murphy. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, séance 24 juillet 1895.

(3) VILLARD, De l'emploi du bouton de Murphy modifié dans les interventions sur le tube digestif. *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, Paris, mars 1895, pag. 202.

(4) CHAPUT, *Bullettins et mémoires de la Société de Chirurgie*, Paris, 11 déc. 1895, pag. 746-762. *Gazette des Hôpitaux*, 9 gennaio 1896.

conservato tre incisioni, e le lamelle in esse separate sono

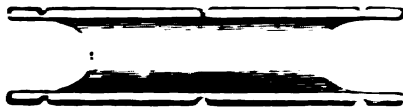
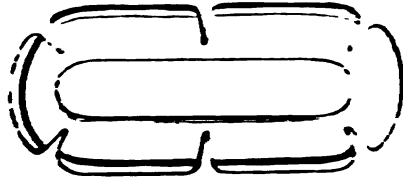


FIG. 16. — Botone di CHAPUT.

l'altro s'atti per essere ravvinate facilmente sotto la pressione del dito si fa una sutura a toro il tabacco sui margini delle due incisioni viscerali, che uno dopo l'altro vengono affissati intorno alla griglia e finalmente si stringono con la dita i margini della griglia stessa.

Questo botone di CHAPUT presenta il difetto capitale di essere pericoloso per i suoi bordi acutissimi, capaci di produrre lesioni più o meno gravi durante il passaggio del bottone stesso nell'intestino.

Il botone di
DEBOQUE
1897

P. DEBOQUE 1. È un bottone-enterostoma, da applicarsi per mezzo di uno speciale istrumento con metodo analogo a quello di JANNESCO, più sopra descritto. Il bottone del DEBOQUE rassomiglia a quello del MURPHY, con la differenza che il bordo superiore del cilindro della branca maschio presenta dei piccoli denti a trapezio, ed è tagliente. Le due metà del bottone sono montate sulle branche di una speciale pinza paria-bottone, a pressione parallela una macchina assai complicata e sono introdotte nella cavità del due visceri da anastomizzare, precedentemente incise come nel metodo JANNESCO; stringendo la pinza, la metà maschio del bottone taglia a stampo, successivamente, le pareti dei due visceri, e va ad articularsi con la branca femmina; l'anastomosi è allora compiuta, e non resta più che chiudere, con sutura, le due incisioni, da cui vengono estratte le branche della pinza paria-bottone.

Il bottone di
GALLET

GALLET 2. di Bruxelles ha fatto costruire un piccolo bottone alla MURPHY, col bordo del cilindro centrale più alto e tagliente, da applicarsi in modo identico a quello ora descritto.

1. DEBOQUE P. De l'entérostomie avec rétablissement immédiat de la continuité de l'intestin. *Thèse de Doctorat*, Paris, 1897.

2. GALLET. Un procédé rapide de gastroentérostomie avec féjunostomie. *XIII Congrès de Chir.*, Paris, 1898, *Bull. et Mém.*, pag. 269.

Ricorderemo infine un bottone speciale di alluminio, ideato dal SEGANTI (1) di Fermo; ma che lo stesso A., come ci scriveva recentemente, ha ripudiato.

Tutte le modificazioni apportate al bottone originale del MURPHY, nessuna esclusa, ebbero vita effimera e non incontrarono favore tra i chirurghi: ciò dovrebbe significare o che di quelle modificazioni non si sentiva il bisogno, o che gl'inventori non erano riusciti nello scopo che si proponevano, di eliminare cioè degli inconvenienti attribuiti al bottone, creando un istrumento più perfezionato.

Ora, che il bottone di MURPHY presenti alcuni inconvenienti, lo ammettono anche i suoi sostenitori, e lo dimostra il numero grande di chirurghi che si assunsero l'ufficio di *perfezionatori* del meccanismo americano: quindi, anche non volendo negare in modo assoluto la relativa utilità di qualcuna fra le proposte modificazioni, conviene concludere che queste non furono tali da plasmare un organismo più perfetto e meno infido di quello ideato dal chirurgo di Chicago.

Resta dunque inteso che, volendo discutere i pregi ed i difetti della gastro-enterostomia col bottone, ci riferiremo unicamente al bottone originale di MURPHY, la *macchina* che, a detta di taluno, avrebbe dovuto « distruggere il valore dell'abilità speciale di una mano, e volgarizzare un'azione chirurgica rimasta sempre riservata » (2).

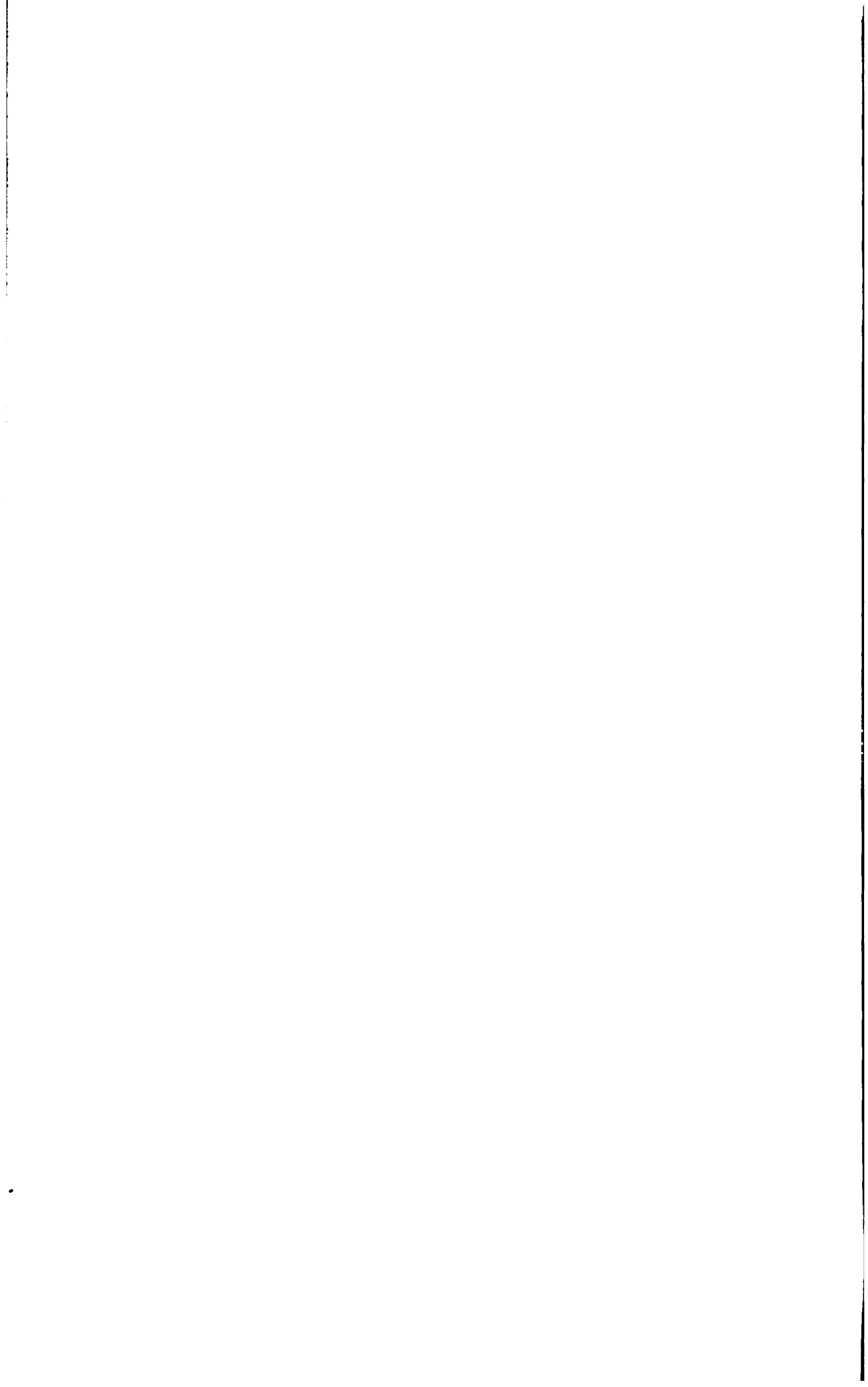
Ha corrisposto il bottone di MURPHY alla fiduciosa aspettativa dei suoi ammiratori?

Lo vedremo trattando della scelta del metodo.

— — —

(1) SEGANTI A., Un nuovo anello per l'anastomosi intestinale, *Rifor. Med.*, 1899, vol. I, pag. 674.

(2) GARAMPAZZI, Loc. cit., pag. 28.



CAPITOLO III.

METODI OPERATIVI: Classificazione — I. *Gastro-enterostomia anteriore*: metodi e critica — Osservazioni 1.^a e 2.^a — II. *Gastro-enterostomia posteriore*: metodi e critica — Osservazione 3.^a — III. *Gastro-duodenostomia*: metodi e critica.

L'intestino può essere anastomizzato alla faccia anteriore dello stomaco (*gastro-enterostomia anteriore*) o alla faccia posteriore (*gastro-enterostomia posteriore*).

Gastro-enterostomia anteriore.

La gastro-enterostomia anteriore si dice *precolica* se l'ansa intestinale da anastomizzarsi passa al davanti del colon; si dice, al contrario, *retrocolica* se l'ansa passa al di dietro del colon stesso.

Gastro-enterostomia posteriore.

La gastro-enterostomia posteriore si divide in *transmesocolica* e *transepiploico-mesocolica*. Nella prima varietà si anastomizza il digiuno alla faccia posteriore dello stomaco, attraverso un'apertura praticata sul mesocolon (HACKER), nella seconda varietà, procedendo dallo innanzi all'indietro, si apre l'epiploon gastro-colico, quindi il mesocolon, e, ricercata l'ansa digiunale attraverso questa doppia apertura, si anastomizza alla faccia posteriore dello stomaco (COURVOISIER).

Gastro-duodenostomia.

La *gastro-duodenostomia* si dice *anteriore* se la 2.^a porzione del duodeno viene anastomizzata con la faccia anteriore dello stomaco (JABOULAY), e *posteriore* se il duodeno si anastomizza con la estremità destra della faccia posteriore dello stomaco (VILLARD).

Classificazione dei metodi di gastro-enterostomia.

Abbiamo così stabilito una prima classificazione dei metodi operativi, in riguardo alla situazione del neopiloro e del tratto

intestinale anastomizzato, che si può riassumere nel modo seguente:

I. — GASTRO-ENTEROSTOMIA ANTERIORE:

- a) *precolica*.
- b) *retrocolica*.

II. — GASTRO ENTEROSTOMIA POSTERIORE:

- a) *transepiploico mesocolica*.
- b) *transmesocolica*.

III. — GASTRO-DUODENOSTOMIA:

- a) *anteriore*.
- b) *posteriore*.

Descriveremo successivamente i diversi metodi di gastro-enterostomia anteriore e posteriore: quindi tratteremo della gastro-duodenostomia.

I. — *Gastro-enterostomia anteriore*.

- a) *Gastro-enterostomia anteriore precolica*.

Metodo WÖLFLER.

1.º *Metodo WÖLFLER*. — Si sceglie l'ansa del tenue, a 45-50 cm. dalla plica duodeno-digiunale, e, facendola passare al davanti del colon trasverso, si dispone obliquamente, dall'alto in basso e da sinistra a destra, sulla parete anteriore del ventricolo, subito al di sopra della grande curvatura. Il tratto afferente deve essere a sinistra e l'efferente a destra (posizione isoperistaltica). Il digiuno è fissato al ventricolo, con punti di sutura siero-sierosa, per almeno 10 cm., onde prevenire l'inginocchiamento dell'ansa e la formazione dello spronc. Le incisioni dello stomaco e dell'intestino sono lineari e parallele, lunghe 4-5 centimetri, e vengono riunite insieme con triplice strato di sutura: siero-sieroso, siero-muscolare, muco mucoso.

Per eliminare il pericolo della fuorescita del contenuto gastrico ed intestinale, il WÖLFLER distendeva i visceri su delle garze o spugne fenicate, svuotava, con la pressione digitale, il tratto di digiuno da anastomizzare, e lo isolava con due legature di seta, trasfiggenti il mesenterio: la gastrostasi era affidata ad un assistente che stringeva tra le dita la plica stomacale su cui doveva cadere l'anastomosi.

Il primo operato del WÖLFLER (28 settembre 1881) guarì: invece un malato a cui il BILLROTH praticò, subito dopo, la

identica operazione, morì, in decima giornata, con vomiti biliosi ripetuti. L'autopsia dimostrò che l'ansa digiunale si era ripiegata ad angolo acuto (*sprone*), in corrispondenza del punto anastomizzato; il tratto afferente, disteso da notevole quantità

Inconvenienti
del metodo
precolico:
Sprone.

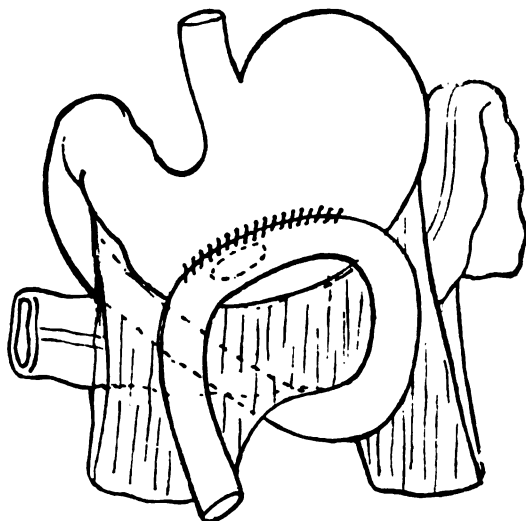


fig. 20. — *Gastro-enterostomia anteriore precolica secondo WÖLFLE.*

di bile, era accollato, come canne di fucile, al tratto efferente, vuoto, e la plica della parete posteriore del tenue, fungendo da valvola, impediva il deflusso del contenuto stomacale nella bocca efferente (fig. 21).

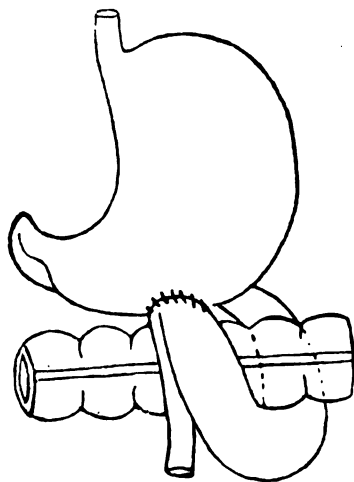


fig. 21. — *Gastro-enterostomia precolica alla WÖLFLE.* Formazione dello sprone.

Questo grave inconveniente fu constatato successivamente da LAUENSTEIN, HEYDENREICH, CARLE, CZERNY e molti altri, e, per prevenirlo, si suggerì di fissare l'ansa digiunale allo stomaco a curva molto spiegata, per 10-12 cm.: vedremo in seguito se ciò basti ad eliminare il pericolo.

Un altro grave addebito che si fa al metodo precolico è la possibilità dello strozzamento del colon trasverso, quando l'ansa digiunale afferente sia lasciata troppo breve (fig. 22).

Strozzamento
del colon tra-
sverso.

Così LAUENSTEIN ebbe ad osservare, per questo fatto, in un suo operato, una costipazione ostinata, e LÜCKE perdette un operato con fenomeni di occlusione intestinale, determinata appunto da strozzamento del colon.

Perchè questo non abbia a verificarsi, il WÖLFLE suggerisce di scegliere l'ansa digiunale a 50 cm. dal legamento di Treitz.

Strozzamento
del tenue.

Il CODIVILLA (1) ed il PETERSEN (2) hanno segnalato un terzo accidente che può complicare la gastro-enterostomia anteriore precolica: lo strozzamento di un tratto del tenue, penetrato nell'anello formato dall'ansa afferente anastomizzata allo stomaco (fig. 23).

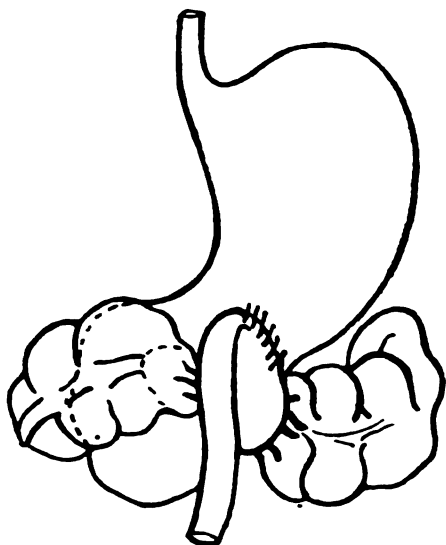


fig. 22. — *Gastro-enterostomia precolica alla WÖLFLE*. Strozzamento del colon trasverso.

Nel caso del CODIVILLA si trattava di un operato di gastro-enterostomia per cancro, che, al quinto giorno, in pieno benessere, fu colto da sintomi di occlusione intestinale e ne morì: all'autopsia non si riscontrò segno alcuno di peritonite, ma si trovò che « buona parte, delle anse del tenue erano passate da destra a sinistra, sotto l'ansa fissata, e vi erano strozzate ».

Il PETERSEN riferisce tre casi consimili, osservati nella clinica di Heidelberg, in cui una o più anse del tenue erano passate, da destra a sinistra, al di sotto del tratto intestinale anastomizzato allo stomaco: nel 1° caso il fatto non aveva dato luogo a gravi inconvenienti, e fu constatato solo alla necropsia: nel 2° caso la porzione d'intestino, insinuatasi nell'anello gastro-intestinale, era più considerevole, ed aveva prodotto una forte compressione del duodeno: nel 3° caso infine

(1) CODIVILLA, *Loc. cit.*, pag. 31.

(2) PETERSEN, 29° Congr. della Soc. tedesca di Chir., Berlino, 18-21 aprile 1900. *Semaine Médicale*, 1900, n. 18, pag. 146.

l'intestino tenue era passato quasi in totalità attraverso l'anello e ne seguì trombosi delle vene mesenteriche, con embolia e gangrena polmonare e morte.

Volendo trarre un utile insegnamento da questi casi, il PETERSEN dice che, in avvenire, si dovrà lasciare l'ansa afferente molto più corta, in modo da rendere l'incarceramento dell'intestino più difficile. Questo suggerimento è in aperta opposizione con l'altro, dato dal WÖLFLE, di anastomizzare il tenue almeno a 50 cm. dalla plica duodeno-digiunale, per eliminare il rischio di uno strozzamento del colon. Così, per evitare Scilla, si hanno molte probabilità di cadere in Cariddi: fatto questo che suggerisce al chirurgo prudente di passare al largo, battendo la via, meno pericolosa, di altri metodi operativi.

Finalmente, nel metodo precolico, altre brutte sorprese possono esserci riserbate da ciò, che « le anse intestinali, rientrate nel cavo addominale, cambiano molto facilmente i loro rapporti, e la direzione della linea d'inserzione sullo stomaco viene mutata secondo la maggiore o minore distensione di esso e delle anse che vi fanno capo, a seconda sopra tutto delle eventuali aderenze del grande omento, le quali soventissimo fissano l'intestino in posizione viziosa » (CARLE).

Appunto per eliminare i pericoli inerenti alle aderenze omentali, il DOYEN ed il BONOMO hanno proposto delle modificazioni alla gastro-enterostomia anteriore precolica del WÖLFLE.

2° Metodo DOYEN (1). — Si apre con le dita il legamento gastro-colico, per un certo tratto, sulla linea mediana, e, attraverso l'apertura, s'introduce il grande omento nella retrocavità; per mantenerlo in questa posizione, si fissa il colon tra-

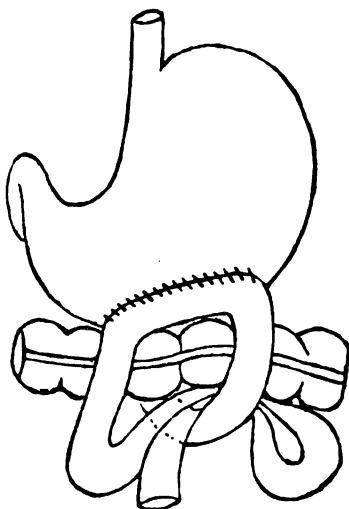


fig. 23. — Gastro-enterostomia precolica alla WÖLFLE. — Strozzamento del tenue.

Posizione viziosa delle anse per aderenze omentali.

Metodo DOYEN.

(1) DOYEN, Traitement chirurgical des maladies de l'estomac. Paris, 1895, pag. 285 e seg.

sverso alla grande curvatura del ventricolo, mediante 4-5 punti di sutura nodosa. L'ansa digiunale, già scelta in precedenza, e fissata con due nodi di seta trasfiggenti il mesenterio, viene portata allo innanzi del colon, sulla faccia anteriore dello stomaco, in direzione isoperistaltica, e disposta obliquamente, subito al di sopra della grande curvatura. Si uniscono allora i due visceri con un primo piano di sutura siero-sierosa, per 10-12 cm. cui si fa seguire un secondo strato siero muscolare: quindi si apre lo stomaco e l'intestino con incisioni lunghe 22-25 mm., parallele, corrispondenti alla estremità destra delle suture già fatte. Il neopiloro è circondato da una sutura muco-mucosa, e finalmente si praticano i due strati anteriori di sutura, rispettivamente siero-muscolare e siero-sieroso.

Tutte le suture sono compiute con filo di seta, a sopraggitto rinforzato (DOYEN).

Per ostacolare il re-gurgito biliare nel ventricolo, il DOYEN ideò di creare, a monte del neopiloro, una specie di valvola, introflettendo il bordo libero della bocca afferente, con 2-3 punti siero-sierosi.

Nei casi in cui s'interviene per una lesione duodenale (stenosi od ulcera) ed il piloro è permeabile, il DOYEN, per impedire il passaggio attraverso il duodeno di una parte del contenuto dello

stomaco, obliterava il piloro con una doppia invaginazione.

Questo metodo di gastro-enterostomia presenta, secondo l'A., il triplice vantaggio — oltre ad essere assai rapido — di non esporre all'infezione della linea di sutura, d'assicurare una permeabilità perfetta dell'orifizio gastro-digiunale, e di eliminare ogni accidente di strangolamento del digiuno e del colon trasverso.

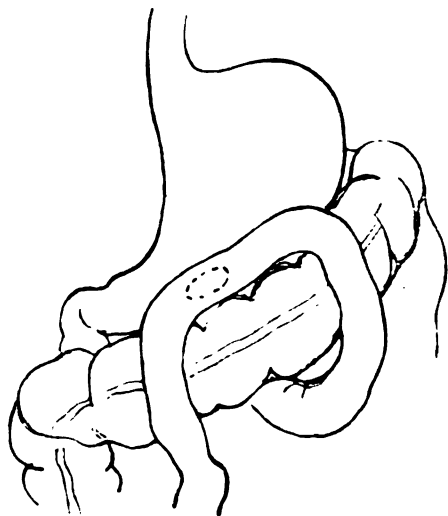


fig. 24. — Gastro-enterostomia anteriore antecolica alla DOYEN.

3° *Metodo* BONOMO (1). — Il BONOMO argomenta che i principali attributi fisiologici del grande epiploon consistono nel mantenere con la sua costante tensione tra lo stomaco, il colon trasverso ed il tenue intestino, tale indipendenza funzionale tra di loro, da agevolarne i rispettivi movimenti come si svolgono nel lungo lavoro della digestione, senza che un viscere possa nuocere alla mobilità e funzione dell'altro. Per ciò crede preferibile conservare il grande omento alle sue funzioni, e non esportarlo nè respingerlo nella retrocavità degli epiploon, alla maniera di DOYEN. Sulla base di numerosi esperimenti, il BONOMO propone di sollevare il grande epiploon sulla linea mediana, a guisa di cortina, sicchè il suo margine libero sia elevato fino alla grande curvatura dello stomaco, sul quale viene fermato con due punti di sutura siero-sierosi, distanti quant'è il diametro del tenue: di tal che risultino due lembi omentali, fra i quali rimane libera l'ansa anastomizzata del digiuno. La sospensione a cortina del grande omento allo stomaco, serve anche a mantenere elevato il colon trasverso, in guisa che si riesce a realizzare quanto si propone il DOYEN, senza togliere allo stomaco ed al colon la loro indipendenza motoria.

Metodo Bo-
NOMO.

Sospeso e fissato l'epiploon, il BONOMO sceglie l'ansa del digiuno a 25 cm. dal legamento di TREITZ, e la dispone a curva molto spiegata sulla parete anteriore dello stomaco, mezzo pollice al di sopra della grande curvatura, in direzione isoperistaltica: pratica quindi l'anastomosi con due piani di sutura a filzetta, proponendo di aprire la mucosa dei due visceri, in un modo speciale, come diremo più innanzi.

Il CECCHERELLI (2), preoccupandosi di possibili complicazioni per parte del grande epiploon ricacciato nella retrocavità (DOYEN), fece eseguire sperimentalmente nella sua clinica (BAGOZZI) la *estirpazione dell'epiploon* stesso, e vide che gli animali continuavano a vivere tranquillamente e senza danni. Ne dedusse la possibilità di modificare il metodo DOYEN, esportando l'epiploon.

(1) BONOMO L., Sulla gastro-enterostomia. Studio critico-sperimentale, ecc. *Estr. dal Giornale Medico del R. Esercito*, 1897, pag. 29 e seg.

(2) CECCHERELLI A., Note sulla chirurgia dello stomaco. *Estr. dagli Atti della Soc. It. di Chir.*, 1896, pag. 111.

b) *Gastro-enterostomia anteriore retrocolica.*

Metodo BRENNER.

1.º *Metodo BRENNER* (1). — Con la mano destra, spinta al di sotto del colon, si prende la prima ansa del digiuno e si solleva dal dietro in avanti il mesocolon trasverso e l'epiploon gastro-colico, verso il centro della grande curvatura e al di sotto di questa. Scegliendo un punto in cui il mesocolon ed il grande epiploon, accollati e quasi trasparenti, sono sprovvisti di vasi, si fissano i due foglietti peritoneali l'uno all'altro, con 4 punti di sutura alla seta, in modo da chiudere la retro-cavità degli epiploon. Si pratica allora, fra i punti di sutura, un'incisione longitudinale parallela ai vasi, e, attraverso questa bottoniera, si fa passare l'ansa digiunale che si anastomizza alla faccia anteriore dello stomaco, immediatamente al disopra della grande curvatura.

Metodo HAASLER.

2.º *Metodo HAASLER* (2). — Differisce dal precedente in questo: che l'apertura, attraverso il mesocolon e l'epiploon gastro-colico, viene fatta in senso trasversale, parallelamente alla grande curvatura, ciò che importa la recisione di un certo numero di vasi e il pericolo di gangrena del colon.

Critica dei metodi di gastro-enterostomia anteriore.

Critica dei metodi di gastro-enterostomia anteriore. — Abbiamo enumerato i vari inconvenienti che può presentare il metodo originale di WÖLFLE: il formarsi di uno sprone fra ansa afferente ed efferente accollate a canne di fucile, con regurgito di bile nello stomaco, e impossibilità di deflusso del contenuto stomacale nell'ansa efferente, lo strozzamento del colon trasverso, l'incarceramento dell'intestino tenue attraverso l'anello gastro-digiunale, la posizione viziosa che l'ansa anastomizzata può assumere per le aderenze eventuali col grande epiploon, costituiscono pericoli così gravi, che la più gran parte dei chirurghi si sono indotti ad abbandonare questa operazione per attenersi ad altri metodi meno infidi.

La facilità relativa del formarsi dello sprone è in relazione alla lunghezza dell'ansa afferente che, nel metodo WÖLFLE, dev'esser lasciata lunga, come abbiamo veduto, almeno 40-50

(1) BRENNER, Zur Technik der gastro-enterostomie. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1892, t. V, pag. 375.

(2) HAASLER, Ueber Gastro-enterostomie. *Archiv. klinische Chirurgie*, Berlin, 1893, t. XLV, pag. 201.

centimetri, per ovviare al non meno grave inconveniente dello strozzamento del colon.

Questa lunga ansa, sia per la distensione della bile e del succo pancreatico, sia per la pressione che il colon trasverso ed il grande epiploon, collocati a cavalcioni della medesima, vi esercitano sopra, tende a piegarsi ad angolo acuto in corrispondenza dell'anastomosi. E a questo inconveniente si è tutt'altro che sicuri di rimediare con la fissazione trasversale dell'ansa anastomizzata sulla faccia anteriore dello stomaco, perchè, a stomaco disteso, i rapporti tra questo e l'ansa variano enormemente, e lo sbocco della porzione afferente che dovrebbe essere più in alto dell'efferente, si trova spesso ad essere ad un livello più basso.

Inoltre, dovendo l'operato rimanere nella posizione supina per molti giorni dopo l'atto operativo, conviene riconoscere che, specie nei casi in cui esiste atonia della muscolare del ventricolo, la situazione *anteriore* del neopiloro non è la più conveniente ed adatta al facile svuotamento del ventricolo stesso.

Il metodo proposto dal DOYEN rimedia certamente ad alcuni degli inconvenienti della operazione di WÖLFLE: con l'affondamento del grande epiploon nella retrocavità e la fissazione del colon allo stomaco, si allontanano i pericoli inerenti alla pressione che il colon e l'epiploon stesso esercitano sull'ansa anastomizzata, e si elimina la possibilità di strozzamenti e ripiegature dell'intestino, per dato e fatto delle aderenze omentali. Inoltre si può lasciare l'ansa afferente molto più corta (20-30 centimetri) ciò che, come abbiamo visto, non è vantaggio trascurabile.

Ma la soppressione completa delle funzioni del grande epiploon, e la impedita indipendenza motoria dello stomaco e del colon trasverso, che vengono riuniti insieme, non ci sembra debbano esser valutate come quantità trascurabili, discutendo il bilancio di questo metodo operativo.

Quanto alla pretesa creazione di una valvola, costituita dalla moderata invaginazione del bordo libero intestinale allo sbocco dell'ansa afferente, l'esperimento e la pratica hanno dimostrato che la disposizione creata artificialmente dal chirurgo è affatto transitoria, e scompare dopo poco tempo, quando il tubo intestinale sia sottoposto a distensione dal contenuto che lo attraversa. L'ampiezza di 20-25 mm. che il DOYEN con-

cede al neopiloro, sarebbe certo insufficiente, mentre uno dei grandi benefici delle anastomosi praticate con la sutura è appunto quello di permettere la creazione di un'ampia comunicazione, la quale, benchè soggetta a restringersi per cicatrice, conserva sempre un calibro sufficiente.

Riteniamo, per contrario, che l'idea di restringere artificialmente il piloro, quando s'intervenga per ulcera duodenale, sia utile, perchè impedisce ad una parte del contenuto stomacale di attraversare il duodeno stesso, limitando i benefici effetti della gastro-enterostomia, che, in questo caso, ha lo scopo di lasciare in assoluto riposo la parte malata.

Il suggerimento del BONOMO di appendere a cortina l'epiploon gastro-colico alla grande curvatura del ventricolo, ottenendo così il doppio vantaggio di sollevare il colon trasverso e sottrarre l'ansa anastomizzata alla compressione che vi eserciterebbe lo stesso epiploon, ci sembra da seguire, nei casi in cui si sia costretti ad adottare un metodo di gastro-enterostomia anteriore, perchè lo stomaco e il colon mantengono tutta la loro indipendenza motoria, e l'epiploon è pure conservato alle proprie funzioni fisiologiche. L'*omentectomia*, praticata sperimentalmente nella clinica del CECCHERELLI, non ha avuto la sanzione clinica.

Il metodo anteriore retrocolico di BRENNER presenta il vantaggio, sui metodi anteriori menzionati, di comportare un'ansa afferente assai breve; ma il tratto di digiuno anastomizzato rischia di essere compresso tra lo stomaco e il colon, coi quali è tenuto in immediato contatto.

I diversi metodi di gastro-enterostomia anteriore hanno perduto terreno nella pratica, sostituiti da altri metodi che, come vedremo, presentano una minor somma d'inconvenienti ed hanno dato migliori risultati clinici. Ci occuperemo più innanzi, sulle basi della statistica, della *scelta del metodo*, e passeremo allora in rassegna le opinioni dei più autorevoli chirurghi in proposito. Qui vogliamo riassumere due osservazioni cliniche che ci appartengono, e che si riferiscono a due casi in cui l'operazione originale di WÖLFLEER ci dette un risultato veramente ideale.

OSSEVAZIONE I. — *Stenosi pilorica cicatriziale. — Gastro-enterostomia anteriore precolica alla WÖLFLER con sutura. — Guarigione.*

Mariano Scriattoli, di anni 45, domatore di cavalli, di Bieda (Viterbo), entra all'ospedale di Vetralla il 29 marzo 1895.

Anamnesi. — I primi disturbi a carico dell'apparecchio digerente rimontano a circa cinque anni innanzi: in quell'epoca ebbe a soffrire di gravi dolori allo stomaco, ad intervalli più o meno lunghi, ed emise in abbondanza, col vomito, una sostanza liquida di color caffè. In seguito i dolori diminuirono un poco, senza però cessare; la digestione si fece sempre più difficile e divenne talvolta impossibile, per cui il paziente era costretto a provocare il vomito. Sembra che le ematemesi si sieno ripetute, nei cinque anni, per tre o quattro volte, di cui l'ultima otto mesi innanzi il suo ingresso all'ospedale. Il paziente si nutre, da circa 2 anni, esclusivamente con latte e ricotta, e, da un anno, il vomito lo tormenta costantemente tutti i giorni, alcune ore dopo ingerito il cibo. Il malato si lamenta di un forte dolore in corrispondenza della regione epigastrica; questo dolore si acutizza 2 o 3 ore dopo il pasto, estendendosi all'ipocondrio destro e irradiandosi alla spalla corrispondente, e cessa invece dopo la gastrólusi e a ventricolo vuoto.

Esame obiettivo. — Lo Scriattoli è uomo di media statura, ha costituzione scheletrica regolare, ed è in stato di gravissima denutrizione: peso del corpo Kg. 44.200, cute e mucose visibili pallidissime, masse muscolari e pannicolo adiposo assai scarsi.

Nella posizione supina l'addome si presenta depresso, con infossamento sotto gl'ipocondri: scrobicolo, margini condrali ed arcate costali assai visibili, cicatrice ombellicale infossata. Palpando profondamente sull'epigastrio, non è dato riscontrare alcun che di anormale: la palpazione riesce alquanto dolorosa all'ipocondrio di destra. La percussione rivela un aumento dell'area gastrica che, dall'apofisi ensiforme giunge in basso fin presso la cicatrice ombellicale. Gonfiando lo stomaco con le polveri di Frerichs, si ottengono variazioni di ampiezza assai limitate, e poco differenti da quelle rilevate a tensione stomacale ordinaria. Tutti gli altri organi addominali e toracici sono normali.

Col pasto di prova alla EWALD si constata la presenza di acido cloridico libero, mancanza di acido lattico. L'esame del vomito rivela la presenza di cibi ingeriti anche 2 giorni innanzi: aspetto di poltiglia schiumosa, piuttosto fluida, di colore biancastro: odore acre, reazione acida. Feccie scarse. Urine normali.

Diagnosi. — *Stenosi cicatriziale del piloro.*

Atto operativo (MATTÒLI). — 6 maggio 1895. — Gastrolusi: cloronarcosi, previa iniezione morfina. Assistono i dottori VETTORINI e GUGLIUZZO. Incisione mediana dell'addome, dall'appendice sifoide alla cicatrice ombelicale. Il piloro duro, ingrossato, di aspetto torbido, aderisce estesamente al fegato: nessun ingorgo gangliare.

Decido di praticare la gastro-enterostomia anteriore.

Una plica della parete anteriore dello stomaco, parallela alla grande curvatura e immediatamente al disopra di questa, viene presa fra le aste dell'emoenterostato del BIGI. Scelta una delle prime anse del digiuno, se ne distende il tratto da anastomizzare con lo stesso mezzo, e, avvicinatolo alla plica stomacale, si pratica un primo piano di sutura continua siero-sierosa, per circa otto centimetri. Incisione a tutto spessore dello stomaco e dell'intestino, mezzo centimetro allo innanzi della sutura praticata, per circa cinque centimetri: secondo piano posteriore di sutura siero-muscolare, sempre a soprappiglio con seta n. 0. Si completa quindi l'anastomosi, praticando i due piani anteriori di sutura, rispettivamente siero-muscolare e siero-sierosa. Tolti gli emoenterostati si osserva che l'emostasi, sulla linea di sutura, è completa. Durante l'atto operativo, lo stomaco e l'intestino sono stati protetti con pezze calde. Ridotti i visceri, si chiude l'addome con tre piani di sutura alla seta.

Decorso postoperativo. — Fu dei più favorevoli: la temperatura si mantenne sempre normale. Ventiquattro ore dopo l'operazione, s'incominciò la nutrizione liquida, a piccole dosi; al 7° giorno si dette minestra e carne triturata. Durante i primi 12 giorni si ebbero varie scariche diarroiche; ma al 15° giorno le funzioni gastro-intestinali si compivano normalmente. Lo Sciatoli non ebbe più a risentire dolore o fastidio alcuno: si mostrava addirittura vorace e, dopo due mesi dall'atto operativo, era cresciuto in peso di Kg. 12,500.

OSSERVAZIONE II. — *Stenosi pilorica fibrosa. — Gastro-enterostomia anteriore precolica alla WÖFLER, con sutura. — Guarigione operatoria e funzionale.*

Anna Maria Miliozzi Catinelli, di anni 60, possidente, di Tolentino, entra in ospedale il 30 dicembre 1897.

Anamnesi. — Nulla d'importante nel gentilizio. È maritata da 43 anni ed ebbe un figlio, vivente e robusto. Non ebbe mai malattie importanti fino a 4 anni e mezzo or sono, quando incominciarono i primi disturbi a carico dello stomaco: questi disturbi consistevano principalmente in un senso di peso all'epigastrio, specie dopo il pasto, acidità, dolori più o meno intensi, che diminuivano col vomito di sostanze acide. Il vomito si ripeteva in tutte le ore del giorno, ma si

limitò sempre alle sostanze ingerite e ad una schiuma biancastra, e non presentò mai colorazione ematica: così pure le deiezioni alvine furono sempre normali. Questo vomito durò per circa due anni ed infine scomparve, senza che l'inferma avesse ricorso a cure speciali.

La Catinelli stette bene per circa due anni, fino a che, tredici mesi or sono, venne presa nuovamente dal vomito: questa volta i fenomeni sono andati gradatamente aggravandosi. Qualche tempo dopo l'ingestione dei pasti, la paziente è colta da vivo dolore alla spalla sinistra, che s'irradia all'epigastrio e all'ipocondrio di destra: incomincia allora il vomito, col quale vengono emessi residui di cibi ingeriti 3 o 4 giorni innanzi. L'inferma ha vivo il senso della sete e da molto tempo esiste costipazione. In questi ultimi tempi l'inanizione è giunta a tal grado che la malata, costretta a letto, cade spesso in deliquio, ed il medico curante ha dovuto più volte praticare iniezioni ipodermiche eccitanti. La paziente da vari anni, abusava di vino.

Esame obbiettivo. — Costituzione scheletrica regolare: masse muscolari flaccide, pannicolo adiposo scarso; rilevantissima denutrizione generale. Colorito del volto pallido terreo, pallidissime le mucose visibili: polso debole, abbastanza regolare, 70 pulsazioni: respirazione breve, 20 escursioni.

Organi toracici sani.

Alla ispezione dell'addome nulla si scorge di anormale. Alla palpazione la pelle, di consistenza fisiologica, si lascia sollevare facilmente in pliche su tutto l'ambito addominale. Palpando l'epigastrio, le dita possono infossarsi profondamente senza incontrare altra resistenza che quella dei muscoli della parete addominale: la palpazione eccita dolorabilità in tutta la regione epigastrica: un leggero massaggio sulla regione stomacale dà luogo al fenomeno della ondulazione gastrica. Alla percussione si ha notevolissimo aumento dell'area stomacale che, sulla linea mediana, va dall'apofisi ensiforme sino ad un dito trasverso al di sotto della cicatrice ombellicale: sulla linea parasternale destra la risonanza gastrica s'inizia alquanto più in basso e termina al piano trasverso ombellicale: a destra si ha suono stomacale netto fino oltre il prolungamento della linea mammillare: a sinistra, sulla parasternale, va dal 5° spazio intercostale al piano trasverso ombellicale, e, all'esterno, fino alla emiascellare. Si percepisce nettamente a distanza il fenomeno del guazzamento stomacale.

Col pasto alla EWALD, si constata la presenza di acido cloridrico libero: mancanza di acido lattico.

L'esame delle feccie nulla rivela di anormale: esiste coprostasi abituale, e le feccie sono figurate a scibale dure.

Esame delle urine: quantità media giornaliera 800 cc. Peso spe-

cifico 1021. Reazione acida, colore rossastro: assenza di albumina e di zucchero, normale l'urea.

Diagnosi. — *Stenosi pilorica fibrosa.*

Atto operativo (MATTÒLI). — 7 gennaio 1898. — Lavaggio dello stomaco. Previa iniezione morfinica, il dott. LODOVICI cloroformizza la malata. Assistono i dottori MARZOCCHI, CONTI e PUCCIARELLI. Incisione mediana dell'addome, dall'appendice sifoide fin presso la cicatrice ombellicale. Le pareti dello stomaco, ectasico, sono ipertrofiche: il piloro è ingrossato, di aspetto torbido, inelastico, poco mobile per aderenze col fegato, presenta insomma evidenti i segni della peripilorite: nessun ingorgo dei gangli peripilorici.

Pratico la *gastro-enterostomia antecolica alla WÜLFER*. Sollevando in alto il colon trasverso ed il grande epiploon, mi dirigo con la mano a sinistra della colonna vertebrale, immediatamente al disotto del mesocolon teso, ed afferro la prima ansa del digiuno: riconosco la porzione fissa, afferente, e seguendola per circa cinquanta centimetri in basso, giungo sul tratto da anastomizzare allo stomaco. Riduco allora in cavità il colon e l'epiploon gastro-colico, ricoprendo lo stomaco e l'ansa digiunale con larghe pezze di garza sterilizzata, e pratico la *gastro-enterostomia anteriore* con manuale operatorio simile a quello descritto nel caso precedente. Applicati gli emoenterostati sullo stomaco e sull'ansa digiunale, eseguisco prima lo strato di sutura siero-sieroso: incido quindi stomaco ed intestino, interessando solo le tuniche sierosa e muscolare, e riunisco posteriormente i bordi di questa incisione con uno strato di sutura siero-muscolare: allora apro le due mucose e pratico un sopraggitto mucomucoso, tutto attorno al neopiloro; finalmente completo l'anastomosi coi due piani anteriori di sutura, siero-muscolare e siero-sieroso.

L'atto operativo dura complessivamente un'ora: la malata si desta in discrete condizioni.

Decorso postoperativo. — La temperatura si mantiene normale. Nelle prime 24 ore dall'atto operativo si continua la nutrizione rettale, già iniziata da alcuni giorni, poi s'incomincia subito a somministrare brodo, marsala, latte. Al dodicesimo giorno la malata si nutrisce normalmente e le funzioni gastro-intestinali sono perfette; mai vomito, nè conati, nè dolori. La paziente ha molto appetito, digerisce normalmente, le fecce emesse sono normali per qualità e quantità.

Questa operata, anche presentemente, quattro anni e 7 mesi dopo l'atto operativo, è in floridissime condizioni di salute, ed è ingrassata in modo straordinario, essendo aumentata in peso di oltre *cinquanta chilogrammi!* Mai più ebbe a soffrire di disturbi gastrici di nessun genere.

II. — *Gastro-enterostomia posteriore.*a) *Gastro-enterostomia posteriore transepiploico-mesocolica.*

1° *Metodo* COURVOISIER. — La gastro-enterostomia posteriore fu praticata per la prima volta da COURVOISIER il 19 ottobre 1883 (1). Volendo eseguire una resezione pilorica per cancro, aprì l'addome con incisione trasversale al disopra dell'ombellico, interessando i due muscoli retti; ma, avendo giudicato impossibile l'esportazione del tumore, aprì, dallo innanzi all'indietro, l'epiploon gastro-colico, quindi il mesocolon trasverso, e, trovata l'ansa duodeno-digiunale, l'attirò attraverso l'apertura mesocolica, anastomizzandola alla faccia posteriore dello stomaco, per mezzo della sutura. L'operata morì 14 giorni più tardi, per peritonite da ulcerazione del tumore, e l'autopsia dimostrò che l'anastomosi gastro-digiunale era perfettamente riuscita.

Metodo COURVOISIER.

TERRIER (2) ripeté l'operazione di COURVOISIER nel 1894, servendosi, per l'anastomosi, del bottone di MURPHY; ma si ebbe lo strozzamento dell'ansa digiunale attraverso l'apertura del mesocolon, e quindi la morte dell'operato.

TUFFIER (3) impiegò più volte con successo questo metodo.

b) *Gastro-enterostomia posteriore transmesocolica.*

1° *Metodo* VON HACKER (4). — La prima operazione di VON HACKER risale al 1885: anche in questo caso si trattava di un cancro pilorico inoperabile. Sollevando in alto lo stomaco, il grande epiploon ed il colon trasverso, VON HACKER praticò sul mesocolon, parallelamente ai vasi, una apertura, attraverso la quale raggiunse la faccia posteriore dello stomaco, che attirò per un tratto fuori dell'asola mesocolica: i bordi di questa

Metodo VON HACKER.

(1) COURVOISIER, Gastro-enterostomie nach WÖLFLE bei inoperabilen Pylorus-carcinom. *Centr. Bl. f. Chir.*, Leipzig, 1883, n. 49, pag. 794.

(2) TERRIER ET HARTMANN, Chirurgie de l'estomac. Paris, 1899, pag. 100.

(3) TUFFIER, Soixante opérations sur l'estomac. *Douzième Congrès de Chirurgie, Mémoires et discussions*. Paris, 1898, pag. 311.

(4) VON HACKER, Zur Casuistik der Magenresectionen und Gastro-enterostomien. *Arch. fur klin. Chirurgie*, Berlin, 1885, t. XXXII, pag. 616.

furono fissati con alcuni punti alla faccia stomacale. Allora,

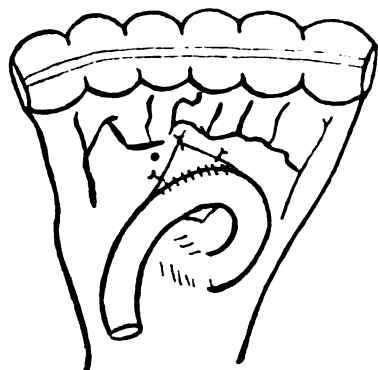


fig. 25. — Metodo transmesocolico posteriore di VON HACKER.

cercata la prima ansa del digiuno, questa venne fissata con due fili di seta, trasfiggenti il mesenterio ed annodati, per impedire la fuorescita del contenuto intestinale: allo stesso scopo, lo stomaco era compresso dalle dita di un aiuto. A questo momento VON HACKER praticò un'incisione di 5 a 6 cm. sullo stomaco, parallelamente alla grande curvatura, ed un'altra corrispondente sul digiuno, se-

condo l'asse intestinale, in corrispondenza del punto opposto alla inserzione mesenteriale. Quindi riuni all'ingiro i bordi delle due incisioni con un doppio piano di sutura, sierio-muscolare e muco-mucoso.

Il metodo di VON HACKER, di cui in principio furono esagerati i pericoli e la difficoltà di esecuzione, è divenuto, per gli ottimi risultati clinici, il metodo di scelta per la più gran parte dei chirurghi di ogni paese.

Il DURANTE che lo adotta ora sistematicamente, mentre solleva in alto il colon ed il grande epiploon, fa spingere, da un aiuto, lo stomaco, dall'alto in basso e dal dietro verso l'innanzi, contro il mesocolon disteso: praticata l'apertura mesocolica, la parete posteriore dello stomaco, spinta dalla mano dell'aiuto, fa ernia attraverso l'apertura stessa. Ricercata la prima ansa del digiuno, al di sotto del ligamento di TREITZ, questa viene fissata alla faccia stomacale, parallelamente alla grande curvatura, con un primo piano di sutura continua a sopraggitto sierio-sierosa, per circa 7-8 cm. L'O. apre quindi stomaco e intestino, per 5-6 cm., incidendo mezzo centimetro all'innanzi della sutura praticata, e parallelamente a questa. Eseguisce allora tutto all'intorno una sutura sierio-muscolare, e finalmente completa l'anastomosi con un piano di sutura sierio-sierosa anteriore. Mentre si pratica la sutura, l'enterostasi dell'ansa digiunale è affidata alle dita di un assistente.

A questo momento, invece di fissare i margini della breccia mesocolica alla parete gastrica, come si usa generalmente, li

Tecnica del
DURANTE nel
metodo HA-
CKER.

unisce con alcuni punti all'ansa del digiuno, attorno all'ansa stomosi, al doppio scopo di proteggere la linea di sutura con la lamina sierosa del meso, ed *appendere* a questo l'ansa digiunale stessa, ciò che rende assai più difficile il formarsi dello sprone, od il piegarsi ad angolo dell'ansa efferente.

Fissazione dei margini dell'apertura mesocolica secondo il DURANTE.

L'obiezione, in apparenza più seria, che venne fatta al metodo VON HACKER fu che, dovendosi operare ad una certa profondità, i diversi piani di sutura si eseguivano con maggiore difficoltà, ed era relativamente facile la fuoriescita del contenuto intestinale e gastrico, quindi maggiore il pericolo d'infezione della cavità peritoneale. Questa obiezione non risponde invece alla realtà.

Obiezioni al metodo di VON HACKER.

Nel maggior numero dei casi in cui si pratica la gastro-enterostomia, si ha a che fare con ventricoli ectasici, ed allora riesce facile attrarre, attraverso la breccia mesocolica, una grossa plica della faccia stomacale posteriore, che si può portare addirittura al di fuori della incisione addominale, compiendo l'anastomosi gastro-intestinale con la massima comodità, come nei metodi anteriori, mentre la cavità peritoneale viene facilmente protetta con garze sterilizzate.

Su 12 casi di gastro-enterostomia transmesocolica posteriore alla VON HACKER, che abbiamo avuto occasione di praticare, undici volte ci fu appunto possibile eseguire l'anastomosi fuori dell'addome. Respingendo in alto l'epiploon gastro-colico ed il colon trasverso, facciamo, con le dita, una fenditura antero-posteriore sul mesocolon e, attraverso questa, facciamo passare una plica della parete stomacale posteriore, che spieghiamo a ventaglio e stringiamo tra le aste dell'emoenterostato del BIGI, dopo esserci assicurati che la plica sia parallela alla grande curvatura, e subito al di sopra di questa. Ricercata quindi la prima ansa digiunale, a 12-15 cm. dal legamento di TREITZ, ne distendiamo una plica del bordo libero tra le aste di un altro emoenterostato, avendo cura che il tratto superiore o afferente sia a sinistra e l'efferente a destra. Quindi, ridotti in cavità il grande epiploon ed il colon, che rimangono a cavalcioni della plica stomacale erniata attraverso la breccia mesocolica e fissata dall'emoenterostato, poniamo questo trasversalmente, con le estremità al disopra dei margini dell'incisione addominale: altrettanto facciamo con l'emoenterostato che regge l'ansa digiunale, e, proteggendo la cavità con alcune compresse, di cui

Tecnica della gastro-enterostomia alla VON HACKER secondo l'A.

una se ne distende al di sotto ed in mezzo ai visceri da anastomizzare, affrontiamo le pliche di questi ed eseguiamo l'anastomosi nel modo seguente: 1.° un primo piano posteriore di sutura siero-sierosa lungo almeno otto cm.; 2.° incisione della

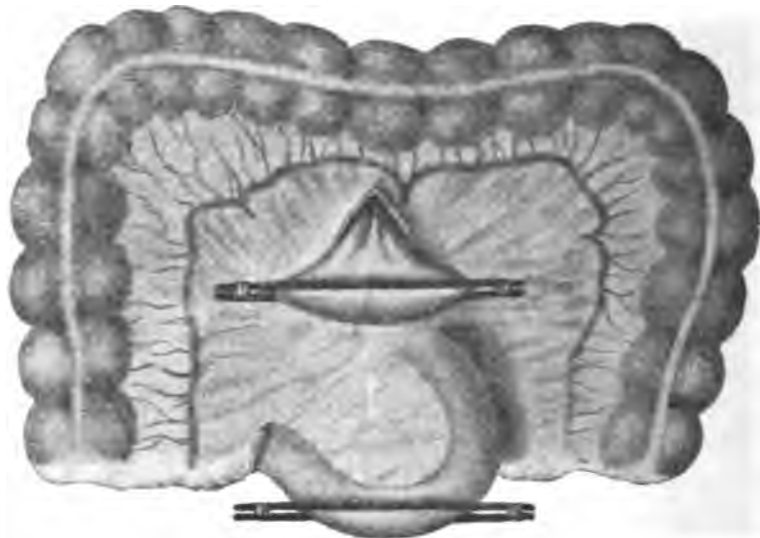


fig. 26. — MATTIOLI, *Tecnica della gastro-entrostomia transmesocolica posteriore*. — Fissazione della plica stomacale e dell'ansa del digiuno con l'emoenterostato.

sierosa e muscolare dello stomaco e dell'intestino, mezzo centimetro al davanti della prima sutura, un centimetro all'indietro delle estremità della medesima; 3.° un secondo piano posteriore di sutura siero-muscolare, per 6 cm.; 4.° apertura delle due mucose per circa 5 cm.; 5.° primo piano anteriore di sutura siero-muscolare, avendo cura d'interessare, col primo e l'ultimo punto, gli angoli (4 bordi) delle incisioni viscerali; 6.° secondo piano anteriore di sutura siero-sierosa, per 8 cm. Tolto l'emoenterostato stomacale, fissiamo, con 4 punti, i margini dell'apertura mesocolica sulla parete del ventricolo, in prossimità dell'anastomosi, liberiamo l'ansa del digiuno, e riduciamo i visceri anastomizzati nella cavità dell'addome, riponendo il colon ed il grande epiploon in posizione normale.

Negli ultimi due casi abbiamo adottato la modificazione del DURANTE, fissando i margini dell'apertura mesocolica sull'ansa digiunale.

Tutte le suture sono fatte a soprappiglio, con seta n. 0, montata su di un ago curvo di HAGERDON che adopriamo diretta-



fig. 27. — MATTOLI, *Tecnica della gastro-enterostomia transmesocolica posteriore*. — Le pliche viscerali sono affrontate: il primo piano di sutura siero-sierosa è compiuto: la sierosa e la muscolare dello stomaco e dell'intestino sono incise.

mente, senza portagli, ciò che significa, a nostro modo di vedere, un notevole risparmio di tempo.

L'emoenterostato del BIGI, impiegato con la tecnica descritta, riesce certamente di molta utilità, provvedendo, nello stesso tempo, alla emostasi preventiva e all'enterostasi, tenendo fissi e distesi i visceri da anastomizzare, senza immobilizzare le mani di due assistenti che, occupando il campo d'azione, finiscono per essere d'impaccio all'operatore. Con questo modesto strumento si può benissimo compiere, in breve tempo, la gastro-enterostomia, metodicamente e sicuramente, con un solo aiuto, senza esser disturbati dal gemizio di sangue che fluisce dalle incisioni viscerali, e che, di per sè solo, può costituire un serio pericolo, trasportando nella cavità dell'addome

qualche po' di contenuto dello stomaco o dell'intestino. Facendo rotare gli emoenterostati dall'esterno verso l'interno, rispettivamente al punto su cui cade l'anastomosi, si affrontano successivamente ed esattamente le superfici viscerali su cui debbono praticarsi i diversi piani di sutura.

In un solo caso su dodici, come dicevamo più sopra, avendo trovato un mesocolon molto breve ed uno stomaco poco ectasico, non potemmo attenerci al manuale operatorio descritto, e fummo costretti a seguire la via transepiploico-mesocolica. Riasumiamo l'osservazione clinica.

OSSERVAZIONE III. — *Piloro-duodenite tubercolare (?)*. — *Gastro-enterostomia transepiploico-mesocolica posteriore*. — *Guarigione operatoria e funzionale*.

Silvi Pietro, di Leone, di anni 17, di Serra Petrona, entra all'ospedale di Tolentino il 19 giugno 1899.

Anamnesi. — Nulla nel gentilizio: il paziente ha goduto sempre buona salute fino a 5 mesi or sono, quando incominciò a sentire notevoli disturbi allo stomaco, specie durante la digestione: prima un senso di peso, acidità, flatulenza, poi dolori irradiantesi dall'epigastrio all'ipocondrio destro e alla spalla corrispondente, e vomito di tutte le sostanze ingerite. I sintomi raggiunsero rapidamente il loro *acmen*, e il paziente si ridusse in istato di grave denutrizione.

Esame obbiettivo. — Abito tifico: scheletro normale, muscoli atrofici, pelle e mucose visibili, pallide: nulla a carico degli organi toracici.

Gastroectasia, ondulazione gastrica. La palpazione riesce dolorosa sull'epigastrio: in corrispondenza della regione pilorica si palpa, profondamente, una piccola tumefazione dolente. L'esame del vomito e del pasto di prova dà presenza di acido cloridrico libero e mancanza di acido lattico. Feccie a scibale: orine normali.

Il lavaggio dello stomaco, ripetuto dal curante per 3 settimane, e la dieta liquida non avendo arrecato notevoli vantaggi all'infermo, viene sottoposto all'intervento chirurgico.

Diagnosi. — *Piloro-duodenite tubercolare?*

Atto operativo (MATTOLI). — 27 giugno 1899. — Cloroformizza il dott. LODOVICI: assistono i dottori MARZOCCHI e PUCCIARELLI. Laparotomia mediana dall'apofisi ensiforme alla cicatrice ombellicale. Ispezionando la regione pilorica, si osserva che il piloro ed il primo tratto del duodeno sono alquanto ingrossati, di aspetto torbido, di consistenza piuttosto dura, senza notevoli aderenze nè gangli ingor-

gati. Impossibile invaginare col dito la parete stomacale attraverso il piloro notevolmente ristretto. Decido di praticare la gastro-enterostomia posteriore: sollevato in alto il grande epiploon ed il colon trasverso, constato che il mesocolon è molto breve, e non mi riesce di afferrare e tirare una plica della parete stomacale attraverso l'apertura praticata sul mesocolon stesso. Scelgo allora la prima ansa digiunale e la introduco per la breccia mesocolica nella retrocavità degli epiploon, deciso di raggiungere la faccia posteriore dello stomaco attraverso il grande epiploon. Difatti riabbassato il colon trasverso, apro con le dita il legamento gastro-colico, nella sua parte mediana, poco al di sotto della grande curvatura dello stomaco, e, arrovesciando questo in alto, ne metto allo scoperto la faccia posteriore. Riprendo allora l'ansa digiunale, erniata attraverso il mesocolon, mi assicuro con la palpazione e la trazione che il tratto superiore o afferente, fisso, corrisponda a sinistra e l'efferente a destra, e pratico l'anastomosi col bottone di MURPHY, n. 2, che applico con la tecnica del CARLE (1), aggiungendo, intorno al bottone stesso, un piano di sutura sierosa-sierosa. Faccio allora ripassare l'ansa digiunale attraverso l'apertura mesocolica, per evitare la possibilità di uno strozzamento, chiudo con due punti l'apertura epiploica, e, risollevato in alto il colon, fisso i margini della breccia mesocolica alla parete posteriore del ventricolo, assicurandomi, nel tempo istesso, che l'ansa anastomizzata è in direzione isoperistaltica.

Decorso postoperativo. — Il malato si desta in buone condizioni: decorso ottimo. La ferita cicatrizza per prima: la funzionalità gastro-intestinale si ristabilisce perfettamente. L'operato aumenta rapidamente in peso ed esce dall'ospedale il 17 luglio.

Dopo 2 mesi dall'atto operativo, il Silvi emette con le feccie la metà-maschio del bottone di MURPHY, dove si constata che le linguette metalliche che fungono da madre vite sono usurate completamente e scomparse. L'operato non ha mai risentito alcun fastidio dal bottone.

In questa circostanza, per condizioni anatomiche speciali, dovemmo attenerci al metodo transepiploico-mesocolico, che non è affatto necessario nè utile seguire nella massima parte dei casi, perchè non semplifica nè facilita l'operazione di VON HACKER, come vorrebbe il DOYEN (2). Il bottone di MURPHY, che impiegavamo per la prima volta nella gastro-enterostomia,

(1) CARLE E FANTINO, loc. cit., pag. 175.

(2) DOYEN, loc. cit., pag. 248.

ebbe la preferenza sulla sutura perchè, sempre per la stessa suaccennata ragione, fissando il digiuno per un certo tratto sullo stomaco, non ci sarebbe stato facile ridurre la parte anastomizzata attraverso la stretta apertura mesocolica.

Critica dei metodi di gastro-enterostomia posteriore. — VON HACKER, esponendo il suo metodo di gastro-enterostomia transepiploica posteriore, ne enumerava i vantaggi: la brevità dell'ansa intermedia tra piloro e anastomosi, la situazione posteriore del neopiloro che favorisce il facile vuotamento dello stomaco, specie durante il decubito dorsale, i non variati rapporti dei visceri, che, ad operazione finita, conservano la normale topografia.

Obbiezioni al
metodo di VON
HACKER.

Le obbiezioni che si mossero al metodo di VON HACKER non furono poche: il metodo presenta sempre grandi difficoltà e pericoli per la profondità del campo d'operazione (MAYDL) (1); l'ansa anastomizzata può essere compressa tra il colon trasverso e la parete posteriore dell'addome (CLUMSKY) (2) o tra lo stomaco dilatato e la parete addominale stessa (KAPPELER) (3), o strozzata dall'apertura mesocolica (STENDEL) (4); si può avere gangrena del colon, per la possibile lesione dei vasi del meso (DOYEN) (5); col vuotarsi dello stomaco, al suo riempirsi, l'anastomosi si pone in cattiva posizione (HABERKANT (6), BOVREMAN JESSET (7), DOYEN); finalmente il metodo di VON HACKER non elimina l'inconveniente del regurgito biliare, ed il MIKULICZ (8) fu obbligato per due volte, dopo tale atto operatorio, a praticare un nuovo intervento (entero-enteroanastomosi alla BRAUN-JABOULAY) per arrestare il vomito biliare incoercibile a cui erano in preda i malati.

(1) MAYDL, In TERRIER ET HARTMMAN, loc. cit., pag. 104.

(2) CHLUMSKY, Ueber die Gastro-enterostomie. *Beiträge zur klinischen Chirurgie*. Bd. XX, S. 231, u. 487.

(3) KAPPELER, Erfahrungen über Gastro-enterostomie. *Deut. Zeitsc. für. Chir.* Bd. 49, pag. 113.

(4) STENDEL, *Beiträge zur klin. Chir.* 1899, Bd. XXXI, pag. 1.

(5) DOYEN, loc. cit. pag. 248.

(6) HABERKANT. *Archiv. für klin. Chir.* Bd. 51, S. 484.

(7) BOVREMAN JESSET, *Archiv. für klin. Chirurgie*. Bd. 44, § 544.

(8) MIKULICZ, In CHLUMSKY, loc. cit., casi 23 e 33.

Di fronte a tutte queste obiezioni degli avversari della gastro-enterostomia posteriore transmesocolica, sta il fatto che tale metodo operativo si è rapidamente conquistata la simpatia della più gran parte dei chirurghi, e che i risultati clinici, assai favorevoli, sono tali da smentire quasi assolutamente, di per sé soli, i gravi addebiti mossi al metodo stesso.

Diffusione del metodo.

Abbiamo dimostrato più sopra come, nella massima parte dei casi, l'operazione di VON HACKER si può eseguire fuori dell'addome, garantendosi completamente contro ogni pericolo d'infezione: ciò che abbatte la prima obiezione, relativa alla *difficoltà* ed ai *pericoli* attribuiti al metodo. I fatti di *compressione dell'ansa anastomizzata*, per parte del colon trasverso e dello stomaco, riferiti da CHUMSKY e da KAPPELER, si può affermare che sono più unici che rari, e d'altronde non è facile lo stabilire se lo svuotarsi dello stomaco fosse invece ostacolato, come dice il CODIVILLA (1), dalla resistenza incontrata nell'interno stesso del tubo intestinale, per la soprappienezza di esso. È ovvio del resto che un fatto, puramente eccezionale e non sufficientemente dimostrato, non può elevarsi ad obiezione di un atto operativo che ha oggi il suffragio di una larga diffusione, feconda di buoni successi.

Le obiezioni mosse al metodo von Hacker sono giuste?

Lo strozzamento dell'ansa efferente attraverso l'apertura mesocolica (che noi stessi avemmo a verificare in un caso di cui riporteremo l'osservazione più innanzi) è un inconveniente che si elimina in modo sicuro, quando si abbia cura di fissare i margini del meso alla faccia posteriore del ventricolo, o, meglio, come fa il DURANTE, sull'ansa anastomizzata, in prossimità della linea di sutura gastro-intestinale.

Parimenti sarebbe da ascrivere a colpa dell'operatore la possibile gangrena del colon trasverso, dovuta a lesione d'importanti rami arteriosi del mesocolon: nel praticare l'apertura mesocolica con istrumenti smussi o addirittura, con le dita, si deve scegliere il punto in cui non decorrono vasi, ciò che è facile vedere distendendo il meso. PEHAM (2), facendo l'autopsia di un operato di gastro-enterostomia posteriore, morto dopo 8 mesi per altra causa, trovò ulcerazioni cicatrizzate della mucosa

(1) CODIVILLA, loc. cit., pag. 39.

(2) PEHAM, Ein Beitrag zur Gastro-enterostomie. *Deutsche Zeitschrift für Chirurg.* Bd. 48, 1898.

del colon, dopo gangrena circoscritta, dovuta certamente a lesione di vasi del mesocolon: durante l'operazione si era avuta appunto emorragia dal mesocolon, aperto con istrumenti ottusi.

L'ipotesi che, a stomaco disteso, l'anastomosi si ponga in cattiva posizione, è da dimostrarsi. DOYEN (1) dice che, a seconda che lo stomaco è disteso o in istato di vacuità, l'orificio creato in vicinanza della grande curvatura è trasportato verso destra o verso sinistra, e subisce un movimento ascensionale d'una estensione variabile e impossibile a prevedersi. Tutto ciò non rende necessario che l'ansa anastomizzata — il cui tratto afferente lungo circa 10 cm. permette del resto questi limitati movimenti di spostamento — debba porsi in posizione viziosa: ed anzi i fatti clinici dimostrano il contrario.

In qualche caso, sia perchè la parete posteriore del ventricolo può rinvenirsi infiltrata da un tumore maligno, sia perchè estese aderenze impediscono di raggiungerla, non riesce possibile praticare la operazione di VON HACKER, e conviene acconciarsi alla gastro-enterostomia anteriore; ma queste condizioni non si verificano che eccezionalmente.

Il *metodo transepiploico-mesocolico di COURVOISIER* non ha avuto un largo suffragio nella pratica, e soltanto pochi casi ne furono pubblicati. L'idea di aprire il mesocolon dall'alto in basso, facendosi strada con una apertura sul grande epiploon, e ricercare la prima ansa digiunale attraverso la breccia mesocolica, non ci sembra preferibile al procedimento di VON HACKER che, sollevando il colon, constata *de visu* la posizione dell'ansa, e si fa strada dalla faccia inferiore del mesocolon per raggiungere lo stomaco. L'operazione di COURVOISIER può adottarsi eccezionalmente in qualche caso, allorchè, come nella osservazione clinica da noi riferita (III), vi si è costretti da ragioni tutt'affatto speciali.

III. — *Gastro-duodenostomia.*

a) *Gastro-duodenostomia anteriore.*

Metodo JA-
BOULAY.

1° *Metodo JABOULAY.* — Questo chirurgo, fino dal 1892, aveva preconizzato la possibilità di un'anastomosi gastro-duo

(1) DOYEN, loc. cit., pag. 248.

denale, ed espose le sue vedute teoriche negli *Archivi Provinciali di chirurgia* (1). Egli si propose di unire la faccia anteriore dello stomaco con la parte anteriore della seconda porzione del duodeno (fig. 29), mettendo a profitto la dilatazione considerevole dello stomaco che si osserva nelle stenosi piloriche, ed insieme la mobilità della parete anteriore del ventricolo stesso. Nella operazione teorica di JABOULAY un aiuto, postosi

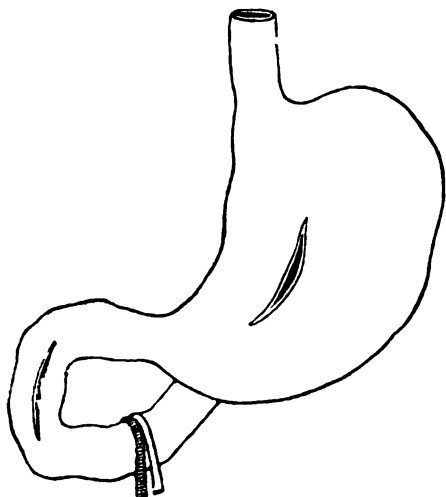


fig. 28. — JABOULAY, *Gastro-duodenostomia anteriore*. — Incisioni dello stomaco e del duodeno.

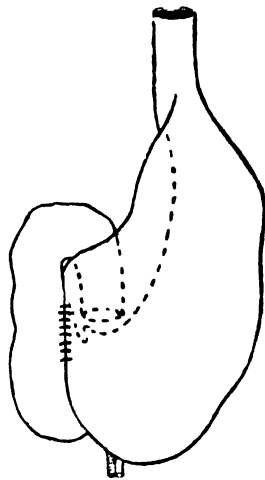


fig. 29. — JABOULAY, *Gastro-duodenostomia anteriore*. — L'operazione è compiuta.

a destra dell'operando, prendeva una plica verticale sulla faccia anteriore dello stomaco, e, per un movimento di rotazione e di trazione impresso al viscere, portava questa plica vicino al duodeno. Questa idea teorica, giudicata irrealizzabile dal DOYEN, fu non pertanto messa in pratica dallo JABOULAY (2) nel 1894; la gastro-duodenostomia per plicatura della parete anteriore dello stomaco, fu praticata per mezzo di un bottone anastomotico di VILLARD (3).

(1) JABOULAY, *Archives Provinciales de Chirurgie*, 1892, pag. 551.

(2) JABOULAY, A propos du traitement du cancer du pylore. *Lyon médical*, 1894, t. 77, p. 414.

(3) VILLARD, Note sur l'emploi du bouton anastomotique suivant la méthode de Murphy. *Lyon médical*, 1894, t. LXXVII, p. 491.

NOT. DI VILLARD.

2° *Método VILLARD*: 1. *gastro-duodenostomia sottopilorica*. — VILLARD ha pensato di praticare l'anastomosi tra il bordo sinistro della seconda porzione del duodeno, immediatamente al davanti della testa del pancreas, ed il principio della grande curvatura dello stomaco, rasente l'inserzione epiploica. Eccone il manuale operatorio, così è descritto dall'A:

Si incide la parete addominale sulla linea mediana, per dodici cm. circa, sino alla cicatrice ombelicale. Per la mobilità del piloro ed il suo abbassamento assai frequente nelle gravi ectasie gastriche, è talvolta necessario prolungare più in basso l'incisione.

La parete addominale essendo largamente aperta, la ricerca dello stomaco che, il più sovente, si mostra immediatamente, è facile. Occorre allora ricercare la grande curvatura, risalire verso il piloro, dirigendosi a destra, e riconoscere questo orificio, esaminando nello stesso tempo le particolarità della stenosi. Si segue quindi il duodeno nella sua porzione discendente: in questo punto l'intestino è situato profondamente ed è meno mobile, ma, con un po' di pratica, l'organo è facilmente riconosciuto.

Trovata la estremità destra della grande curvatura e la seconda porzione del duodeno, conviene giustapporre questi due organi e fissarli immediatamente l'uno all'altro: a questo scopo si passano due punti di sutura che uniscono lo stomaco al duodeno, e corrispondono alle due estremità della futura incisione anastomotica. Di questi due punti il primo, superiore, è situato ad un centimetro e mezzo al disotto del piloro, interessa la tunica sierosa e muscolare dello stomaco, immediatamente allo innanzi della inserzione epiploica (varietà *anteriore* e quindi il duodeno, immediatamente allo innanzi della testa del pancreas. Il secondo punto, inferiore, è situato negli stessi rapporti, 4 o 5 cm. più in basso. I fili di questi due punti sono lasciati lunghi e servono a giustapporre e sollevare allo innanzi i visceri da anastomizzare fig. 30.

Si pratica allora un primo piano posteriore di sutura sierosierosa: quindi si apre lo stomaco ed il duodeno, si uniscono i bordi delle due incisioni viscerali con una sutura sieromusco-

1 VILLARD, De la gastro-duodenostomie sous-pylorique. *Revue de chirurgie*, a. 1900, XXII, pag. 495-520.

lare, e si completa l'anastomosi con la sutura siero-sierosa anteriormente. Dopo di che i visceri sono riposti in cavità e si chiude l'addome.

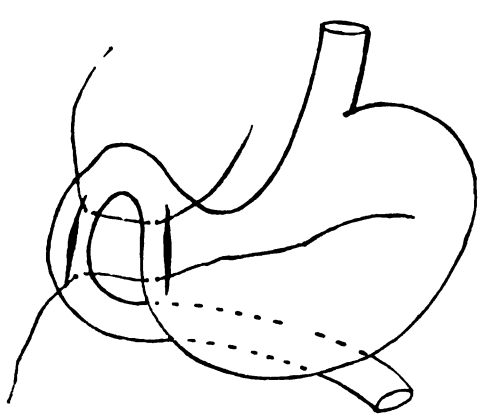


fig. 30. — VILLARD, *Gastro-duodenostomia anteriore*. — Fili di fissazione e incisioni dei visceri.

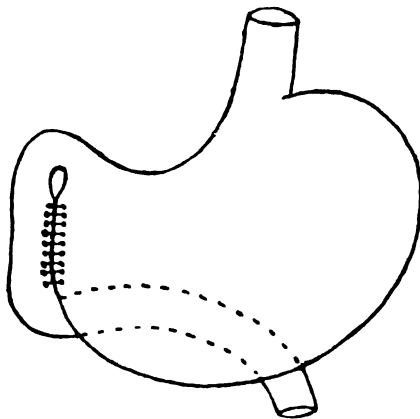


fig. 31. — VILLARD, *Gastro-duodenostomia anteriore*. — L'operazione è compiuta.

VILLARD ha operato con questo metodo 5 volte, ottenendone 4 successi, mentre l'unico caso di morte fu dovuto a *shock*, da inanizione antecedente all'atto operativo.

b) *Gastro-duodenostomia posteriore*.

In una varietà posteriore di gastro-duodenostomia, VILLARD lacerò largamente con le dita l'epiploon gastro-colico, in modo da mettere bene allo scoperto il duodeno e la testa del pancreas da un lato e l'estremità destra della faccia posteriore dello stomaco dall'altro. A quanto afferma l'A., gli riuscì facile, in 2 casi, portare l'incisione stomacale sulla faccia posteriore del viscere.

CHLUMSKY (1) ricorda un processo di gastro-duodenostomia, praticato da KUMMEL nel 1895: questo chirurgo sezionò il duodeno al di sopra dell'ampolla di VATER, chiuse il capo stomacale, e anastomizzò l'orificio duodenale sullo stomaco.

Critica della gastro-duodenostomia. — Il metodo di JABOULAY non ci sembra accettabile perchè rende necessaria una viziosa piegatura della faccia anteriore dello stomaco, e la

Gastro-duodenostomia posteriore (VILLARD).

(1) CHLUMSKY, *Beiträge zur klinischen chirurgie*. Bd. XX, pag. 509.

nuova condizione anatomica, creata a questo viscere, lo pone in condizioni sfavorevoli per lo svuotamento del chimo attraverso la nuova apertura gastro-duodenale.

Volemmo provare sul cadavere il *metodo sottopilorico* proposto da VILLARD; ma dovemmo persuaderci che, a stomaco normale, l'operazione è resa assai difficile e punto consigliabile, dovendosi operare ad una notevole profondità, per la fissità anatomica della porzione duodenale da anastomizzare. Non neghiamo che, in casi di gastro-ectasia, queste difficoltà di esecuzione possano essere minori, se non eliminate completamente come vorrebbe l'A.

Teoricamente l'operazione di VILLARD presenta, sulla gastrodigiunostomia, il vantaggio di ristabilire il funzionamento fisiologico gastro-intestinale, poichè il chimo si versa nel duodeno al disopra dell'ampolla di VATER, e subisce l'azione della bile e del succo pancreatico, senza che questi liquidi rifluiscono nello stomaco. Ma non sappiamo dire quale posto sia riservato nella pratica a questo metodo, le cui indicazioni sarebbero, a nostro modo di vedere, limitatissime, e da disputarsi, più che alla gastrodigiunostomia, alla piloroplastica di HEINECKE-MIKULICZ.

Il MIKULICZ ¹ ha praticato la gastro-duodenostomia in un caso di stenosi benigna del piloro, in cui il piloro stesso era molto alto, fissato con aderenze al fegato, formando un inginocchiamento con l'antra prepilorico molto dilatato e a contatto con la prima porzione del duodeno. Per il CHLUMSKY ² tale operazione deve essere riservata a simili casi speciali.

Nella statistica da noi raccolta, figurano 5 casi di gastro-duodenostomia: 2 appartengono al CARLE, 1 al GIORDANO, 1 al SANTOVECCHI, 1 al TURRETTA, con 4 guarigioni ed un morto.

¹ MIKULICZ, in HENLE, Ein Fall von Gastro-duodenostomie. *Centr. für Chir.*, Bl. 25, 1888.

² CHLUMSKY, loc. cit.

CAPITOLO IV.

METODI DI GASTRO-ENTEROSTOMIA INTESI A DIMINUIRE I PERICOLI D'INFEZIONE INERENTI ALL'APERTURA DELLE CAVITÀ VISCERALI. — a) *Gastro-enterostomia in due tempi*: metodi e critica. — b) *Gastro-enterostomia con apertura dei visceri a sutura compiuta*: metodi e critica. — Osservazione 4^a.

Col diffondersi nella pratica dei diversi metodi di gastro-enterostomia, i chirurghi si preoccuparono del pericolo d'infettare la cavità peritoneale, per la possibile fuoriescita del contenuto stomacale ed intestinale, sia al momento dell'apertura di questi visceri, sia, secondariamente, per insufficienza dei mezzi adoperati per ottenere l'anastomosi. Ad eliminare tali pericoli, si escogitarono numerosi metodi: alcuni proposero di eseguire la *gastro enterostomia in due tempi*, per necrosi chimica o fisica di un diaframma prestabilito ed isolato dal chirurgo, ottenendo così l'anastomosi quando fosse già avvenuta l'adesione fra i due visceri: altri, ritenendo più utile e sicura l'anastomosi in primo tempo, si preoccuparono di aprire le cavità viscerali a cielo coperto, quando cioè i diversi piani di sutura erano completati o quasi.

Gastro-enterostomia in due tempi.

Apertura delle cavità viscerali a sutura compiuta.

Taluno dei metodi in due tempi si propone altresì lo scopo di abbreviare sensibilmente la durata della operazione.

Descriveremo successivamente i diversi metodi proposti di:

a) *Gastro-enterostomia in due tempi*.

b) *Gastro-enterostomia con apertura dei visceri a sutura compiuta*.

a) *Gastro-enterostomia in due tempi*.

1.^o *Metodo KNIE*. — Fino al 1890, il KNIE (1) presentava al Congresso medico internazionale di Berlino, i risultati di al

Studi sperimentali del KNIE.

(1) KNIE, *Verhandlungen des X internationalen medicinischen Congressen*, Berlin, 1890, t. II, asc. VII, chir., pag. 86. In TERRIER ET HART., loc. cit., pag. 133.

cuni esperimenti, praticati sul cane, per un processo di gastro-enterostomia in due tempi. Partendo dal concetto che la vitalità delle mucose, gastrica ed intestinale, è dipendente dalla circolazione delle altre tuniche viscerali, egli reseca la sierosa e la muscolare dello stomaco e dell'intestino, per un piccolo tratto, corrispondente al punto da anastomizzare; riuniva quindi con sutura i margini delle tuniche sierosa e muscolare dello stomaco con quelle dell'intestino, lasciando fra le due mucose un piccolo gomitollo di seta non sterilizzata, per impedire che aderissero. La perforazione si faceva secondariamente, quando le aderenze periferiche erano già avvenute.

Questo metodo rimase nel campo sperimentale.

Metodo POST-
NIKOW.

2.° *Metodo* POSTNIKOW (1). — Questo chirurgo, nei suoi esperimenti sull'animale, procedeva nel modo seguente. Dopo avere escisso un tratto delle tuniche sierosa e muscolare dello stomaco e dell'intestino, lasciando intatta la mucosa, attirava fuori una plica della mucosa stessa, stringendola fortemente alla base con un robusto filo di seta: riuniva quindi con sutura i bordi della incisione siero-muscolare dello stomaco a quella corrispondente dell'intestino. Le pliche di mucosa, strette dalla seta, si gangrenavano nel termine di 3 o 4 giorni, e l'anostomosi gastro-intestinale era così stabilita.

TROIAPOFF, CARDIANOFF, LEZINE (2) applicarono questo metodo sull'uomo, sempre con risultato favorevole.

Metodo BASTIANELLI.

3.° *Metodo* BASTIANELLI (3). — Si riunisce lo stomaco all'intestino con un sopraggitto, interessante la sierosa e la muscolare, per circa 6-7 cm.: poi, mezzo centimetro all'innanzi e parallelamente alla sutura stessa, s'incide col termocauterio la sierosa e la muscolare, così dello stomaco come dell'intestino, per circa 4-5 cm. Col coltello del termocauterio, tenuto a piatto, si cauterizza leggermente la mucosa dei due visceri, senza

(1) POSTNIKOW, Die Zweizeitige Gastro-enterostomie. *Centr. f. Chirurgie*, Leipzig, 1892, pag. 1018.

(2) LEZINE, Sur la gastro-enterostomie. *WRACHTH*, août, 1895, pag. 967. In TERRIER ET HARTMANN, loc. cit., pag. 134.

(3) BASTIANELLI (Raffaele), Un metodo semplice di gastro-enterostomia senza apertura della mucosa. *La Riforma Medica*, Napoli, 1894, vol. III, pag. 506.

apirla, quindi si continua anteriormente il sopraggitto sieromuscolare. Dopo 24 ore, la comunicazione tra stomaco ed intestino è perfettamente ottenuta.

Il BASTIANELLI operò 5 casi con questo metodo: MAZZONI, CARLE, MIKULICZ e molti altri lo sperimentarono con successo.

4.° *Metodo PAUL* (1). — Questo chirurgo escide due ovali di sierosa e muscolare, così dello stomaco come dell'intestino, cauterizza con cloruro di zinco le due mucose così denudate, e riunisce con sopraggitto siero muscolare i due visceri, comprendovi in mezzo la superficie causticata.

Metodo PAUL.

5.° *Metodo SOLIGOUX* (2). — Scelta l'ansa da anastomizzare, l'aiuto ne stira fra le dita una plica del bordo libero: l'operatore l'afferra tra i morsi di una forte *pinza schiacciatrice*, e stringe con tutta forza; le due pareti intestinali, così accolte, diventano tanto esili da essere trasparenti; ma l'intestino non si apre. Si ripete la stessa manovra su di una plica della parete stomacale, avendo cura di comprendervi anche la mucosa; le porzioni viscerali schiacciate prendono ben tosto un colorito nerastro. Con un sopraggitto siero-muscolare, si riunisce allora lo stomaco all'intestino, posteriormente al tratto mortificato dallo schiacciamento, quindi, con potassa caustica solida, si cauterizzano largamente le superfici nerastre, e finalmente si completa il sopraggitto anteriormente.

Metodo SOLIGOUX.

La sutura deve essere praticata circa due millimetri all'infuori della zona mortificata: mentre si cauterizza con la potassa caustica, un aiuto deve asciugare replicatamente con un tampone, per evitare l'effusione del caustico all'infuori della regione su cui deve cadere l'anastomosi.

Questo metodo incontrò le simpatie di molti chirurghi: PICQUE, RECLUS, SCHWARTZ, GROSS, WEISS l'adottarono immediatamente. Il RECLUS ebbe però a constatare in un caso, all'autopsia, che un lembo della mucosa restava appeso per un pe-

Inconvenienti del metodo SOLIGOUX.

(1) PAUL, Surgical treatment of pyloric obstructions. *British med. J.* 1898, t. I, pag. 1439.

(2) SOLIGOUX, Gastro-entero-anastomose, entero-anastomose, colecystentero-anastomose sans ouverture préalable de la cavité des organes à anastomoser, *Presse Medicale*, 1896, pag. 349.

duncolo al bordo della fistola. Ma v'ha di più: in parecchi altri casi, l'autopsia dimostrò che non s'era stabilita alcuna comunicazione tra lo stomaco e l'intestino, benchè l'operazione fosse stata praticata seguendo scrupolosamente le norme dettate dall'Autore (1).

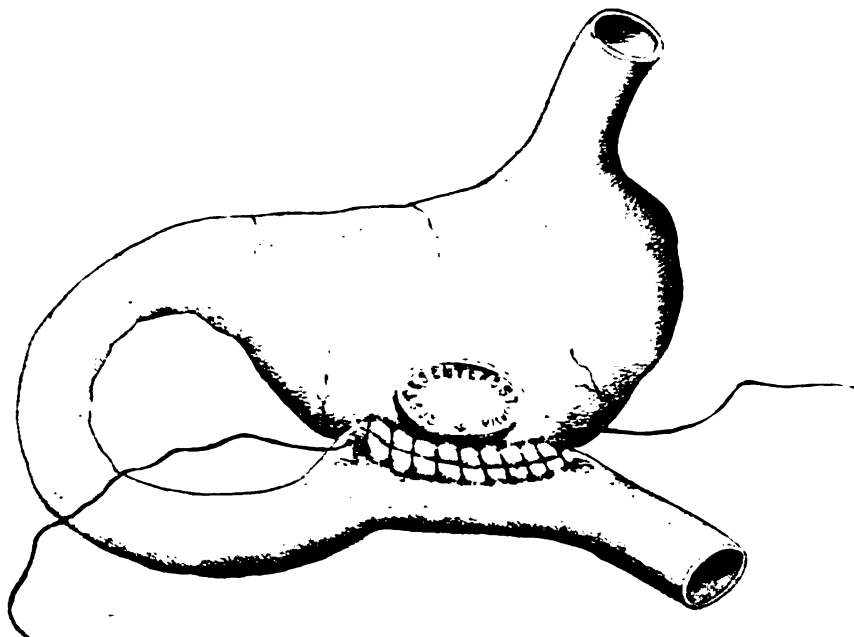


fig. 32. — BOARI, *Tabloide anastomotico*. — Il sopraggito sieroso-sieroso posteriore è compiuto. — Collocazione del tabloide.

Metodo BOARI
(tabloide ana-
stomotico).

6.º *Metodo BOARI* (2). — Si stabilisce fra stomaco ed ansa intestinale un primo piano di sutura a filzetta, comprendente gli strati sierosi-sierosi. Nell'angolo così circoscritto, fra stomaco ed intestino, si pone un dischetto, o tabloide, di sostanza caustica (cloruro di zinco) convenientemente dosata e, secondo arte, solidificata (fig. 32): quindi, col medesimo filo, si



fig. 33. — BOARI, *Tabloide anastomotico*.

(1) TERRIER et HARTMANN, loc. cit., pag. 138.

(2) BOARI, *Tabloide anastomotico*, processo di gastro-enterostomia. *Atti dell'Accad. di Scienze Med. e Nat. di Ferrara*, 1897.

IDEM, *Archivio ed Atti della Soc. Ital. di Chir.* XII Ad. Roma, 1897.

continua la sutura, in modo da nascondere il tabloide fra stomaco ed intestino, fino a raggiungere il filo di partenza: i due capi si annodano insieme.

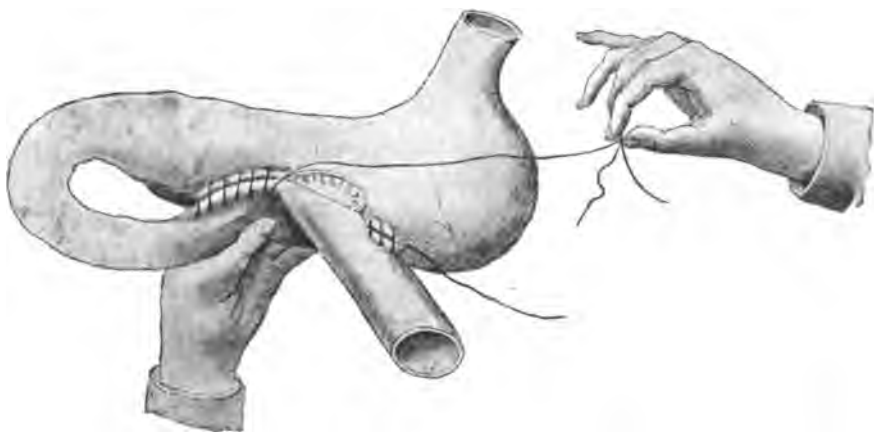


fig. 34. — BOARI, *Tabloide anastomotico*. — Si completa il sopraggitto anteriore.

L'A. dice che gli animali così operati guarirono senza incidenti, e, dopo 3-4 mesi, alla necropsopia, trovò formati bellissimi orifizi anastomotici.

7.^o *Metodo CHAPUT* (1). — Con una pinza a lunghi morsi, infuocata a rosso, l'O. cauterizza la plica digiunale da anastomizzare, sul bordo libero: quindi escide col bistori un segmento ellittico delle tuniche sierosa e muscolare dello stomaco, cauterizza la mucosa messa allo scoperto, e riunisce lo stomaco all'intestino con un sopraggitto che gira intorno alle superfici causticate.

Metodo CHAPUT.

8.^o *Metodo PODREZ* (2). — Con due punti, in croce, di robusto filo di seta, comprende a tutto spessore le pareti dello stomaco e dell'intestino, per circa tre centimetri, e stringe fortemente: quindi con un sopraggitto siero-sieroso circonda la porzione dei visceri così addossati. I lacci di seta necrotizzano

Metodo PODREZ.

(1) CHAPUT, *Bullettins et mémoires de la Société de Chirurgie*. Paris, 1896, pag. 602.

(2) PODREZ, *Gastro-enterostomie et entero-anastomosis*. *Archiv. für klin. Chirurg.* Bd. 57, pag. 358, 1898.

la porzione viscerale stretta, determinando il formarsi dell'anastomosi.

PODREZ ha modificato in seguito il suo metodo, applicando 4 punti in quadrato, invece di due in croce. SOKOLOW (1) operò con questo metodo un individuo, ottenendo una comunicazione abbastanza ampia.

M. TOPAI-
PARLAVECCHIO.

9.º *Metodo TOPAI-PARLAVECCHIO 2.* — Intervenendo in un caso, in cui si era diagnosticato un carcinoma inestirpabile del piloro, il prof. TOPAI decise di eseguire uno dei processi di gastro-enterostomia con i quali non si apre la mucosa in primo tempo. Ecco come viene descritto dagli AA. l'atto operativo: « Si praticò una vasta asola longitudinale nel mesocolon trasverso, la si orlò alla seta a soprappiglio e si fece sporgere da essa un'ansa del tenue. Si praticò quindi sul ventricolo una incisione di 5 centimetri circa, interessando solo la sierosa e la muscolare, dalla quale ultima diligentemente si scollò la mucosa torno, torno. Lo stesso si fece sull'ansa intestinale, quantunque qui la manovra fosse più delicata. Però, invece di stirare la mucosa nella ferita e legarla alla base (POSTNIKOW), TOPAI pensò che, per ottenere un'apertura più ampia e regolare, fosse più opportuno strozzare la nutrizione della mucosa mediante una sutura circolare a catena, e affidò a PARLAVECCHIO che ne esprresse il desiderio, l'esecuzione delle suture. Questi applicò prima una sutura continua a catena, tutt'intorno all'ellissi di mucosa gastrica, messa allo scoperto dall'incisione e dalla dissezione delle due tuniche esterne, poi una sutura identica sulla mucosa dell'intestino. Avvicinate quindi e fatte combaciare le asole dei due organi, le riuni tra loro con due piani di sutura circolare alla seta, a soprappiglio, comprendendo nel primo la sierosa e la muscolare dei due visceri, e nell'ultimo la sierosa soltanto ».

Il paziente guarì dall'operazione e, fino dal 2º giorno, incominciò a prendere piccole quantità di cibi liquidi. Ma, uscito dall'ospedale il 17 novembre, vi ritornava il 12 gennaio suc-

(1) SOKOLOW, Zur gastro-enterostomie nach der Methode von PODREZ. *Cent'r. fur Chir.* 1899, pag. 590.

2. TOPAI e PARLAVECCHIO G., *Bollettino della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma*, a. XIX, I, 1899.

cessivo, essendo tornati i dolori, il vomito, la gastroectasia. Malgrado fosse sottoposto ad una dieta lattea assoluta, morì il 21 gennaio. All'autopsia si riscontrò, innanzi tutto, che il tumore pilorico, diagnosticato per cancro, era scomparso: che l'anastomosi gastro-enterica era caduta su di un'ansa del digiuno distante 25 cm. dal piloro, e che questo tratto d'intestino era considerevolmente dilatato. L'apertura di comunicazione artificiale, tra ventricolo ed intestino, era regolare, ellissoide ed ampia da permettere d'introdurvi comodamente un pollice, anzi le punte delle due dita. La mucosa gastrica presentava i caratteri di un catarro gravissimo.

Il PARLAVECCHIO poi praticò sul cane una gastro-enterostomia, strozzando, con sutura a catena, a tutto spessore, le pareti dello stomaco e dell'intestino; ma il cane operato credette bene di fuggire, sottraendosi all'onore di fornire all'A. il reperto necroscopico!

10.° *Metodo MARTINI* (1). — Sulla parete posteriore dello stomaco, a due dita trasverse dalla grande curvatura, e parallelamente alla stessa, si circonda ed escide, fino alla sottomucosa, un ovale comprendente sierosa e muscolare. Frenata l'emorragia, sulla parte centrale della mucosa si adatta ed infossa un disco di cartilagine a forma ovale, con superficie piana, lungo 2 cm. e munito tutto all'intorno di un solco longitudinale. Disposto così il disco nel centro della mucosa che fa ernia, s'incappuccia e si fissa con piccoli spilli (passati al disotto della sottomucosa e quindi senza penetrare in cavità) la mucosa stessa sulla periferia della parte superiore del disco. Quindi, con laccio di seta, si serra contro il disco la mucosa e si tolgono gli spilli. Si pratica altrettanto sull'ansa di tenue scelta per l'anastomosi. Infine si racchiude tutto all'intorno con sutura continua dei bordi incisi siero-muscolari e si pongono a contatto i due dischi sui quali sono serrate rispettivamente le due mucose gastrica ed intestinale. Si rafforza la sutura stessa con altri punti siero-sierosi, e si ricacciano i visceri così anastomizzati nel cavo peritoneale. Le osservazioni fatte dopo 24, 48

Metodo MARTINI.

(1) MARTINI V., Studio sperimentale su di un processo di gastro-enterostomia senza apertura delle cavità in primo tempo. *Arch. ed Atti della Soc. It. di Chir.*, a XIV, Ad. XIII. Roma, 1899, pag. 152.

e 72 ore — sacrificando gli animali — dimostrano che al 3° giorno trovasi libera ed ampia comunicazione tra i due visceri, attraverso la quale si sono eliminati i dischi.

Met. di MUGNAI.

11.° *Metodo MUGNAI 1.* — Sulla parete anteriore dello stomaco si fissa l'ansa del tenue, con sutura siero-sierosa a sopragriggio, per la lunghezza di 6-7 cm.: alla distanza di cm. 1¹/₂ dalla sutura, si cauterizzano, per la estensione di circa 4 cm., col coltello del termocauterio tenuto a piatto, gli strati sieroso e muscolare, prima dello stomaco e poi dell'intestino, avendo la precauzione, specialmente sull'intestino, di non perforare la mucosa. Poi con un laccio di seta o forse meglio elastico si serrano le porzioni di stomaco e d'intestino precedentemente cauterizzate. Si completa infine la sutura siero-sierosa intorno ai punti cauterizzati e stretti nel laccio. Così l'A. ha operato sette infermi, ed in tutti si è avuta la formazione dell'anastomosi gastro-intestinale.

Obiezione al met. di MUGNAI.

Il PARLAVECCHIO obiettava al MUGNAI che è difficile la dissezione col termocauterio delle due tuniche esterne, specie dell'intestino, senza penetrare in cavità: che, cauterizzando bene, è inutile il punto costrittore, il quale, se si deve stringere efficacemente, taglia la sottile mucosa.

Ed il MUGNAI rispondeva che si deve cauterizzare con molta prudenza, attenendosi al meno meglio che al più: che, con la semplice causticazione delle pareti metodo BASTIANELLI, si ebbero vari insuccessi, mentre, aggiungendo la legatura, il successo fu costante.

Nella sua pratica il MUGNAI ha poi sistematicamente sostituito il filo elastico al laccio di seta (vedi *Statistica MUGNAI*).

Met. di PORTA.

12.° *Metodo PORTA 2°.* — Il dott. PORTA di Lonigo comunicò, nel 1897, alla Società italiana di chirurgia il seguente

1. MUGNAI prof. A., Nuovo processo di gastro-enterostomia, *XIV Ad. della Soc. It. di Chirurgia, Arch. ed Atti*, 1899, pag. LVII.

2. PORTA C., Un altro metodo di gastro-enterostomia, *Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia*, a. XIV, XIII adunanza, 1899, pag. 8.

IDEM, Nuovo contributo clinico-sperimentale ad — Un altro metodo pratico di gastro-enterostomia — col laccio elastico, *Bollettino dell'Assoc. Sanit. Milanese*, n. 11-12, nov.-dic. 1899.

metodo, da lui adottato in un caso di stenosi pilorica cicatriziale:

Preparato un anello di gomma, discretamente robusto, di quelli che i farmacisti si servono per la spedizione dei medicinali, vi applicò in posizioni opposte due anse di seta, munite di un ago comune da sutura. Poi, previo lavacro dello stomaco con soluzione salicilica, sotto la narcosi, aprì il ventre con una incisione longitudinale dall'apofisi ensiforme all'ombelico. Sollevato in alto il grande epiploon ed il colon, praticò, secondo VON HACKER, una finestra sul mesocolon, e per questa fece passare la porzione della grande curvatura dello stomaco più vicina all'antro del piloro. Andò in traccia del ligamento di TREITZ e, scelta la prima ansa del digiuno, la riunì alla faccia posteriore dello stomaco, mediante sutura a soprappiglio, per la lunghezza di cm. 9. Poi, in corrispondenza del 3° medio di detta sutura, distante da essa 5 mm., infisse nell'intestino uno degli aghi attaccati alle anse dell'anello di gomma, e, scor-

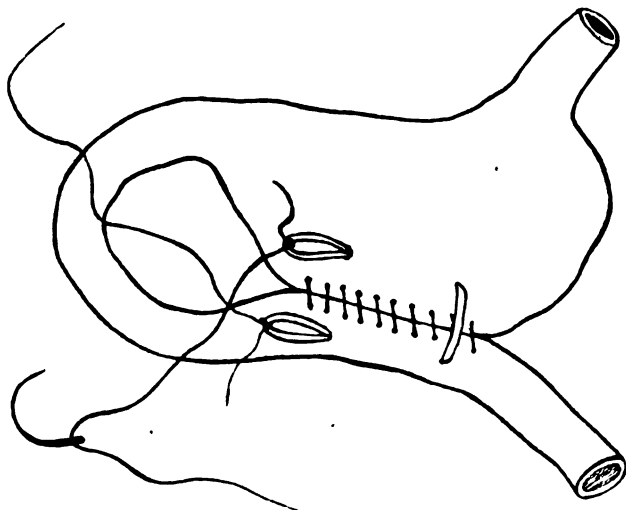


fig. 35. — PORTA, *Gastro-enterostomia col laccio elastico*. — Compiuto il soprappiglio posteriore, è stato passato il laccio elastico.

rendo con l'ago nel lume dell'intestino stesso, lo fece riuscire a 3 cm. dal punto d'infissione, per modo d'avere un ponte di cm. 3 parallelo alla sutura di riparo sopraddetta. Ugualmente operò con l'altro ago dalla parte dello stomaco, in modo che i due capi si trovassero dallo stesso lato. Fatti uscire col mezzo delle anse di seta gli estremi dell'anello (fig. 35), stirò questo

convenientemente, ed un assistente vi applicò un laccio rasente alla superficie dei visceri. Tagliati gli estremi sovrabbondanti del laccio sopra la legatura, chiuse con un sopraggitto anteriore il punto ristretto e raggrinzato.

L'atto operativo durò mezz'ora.

L'operata ebbe un decorso postoperatorio favorevolissimo e, già dopo poche ore, tollerava l'introduzione di alimenti liquidi nello stomaco, senza risentirne fastidio alcuno.

Obbiezioni del
D'ANTONA al
metodo PORTA.

Il D'ANTONA obiettava al PORTA che il concetto che informa quest'atto operativo non è nuovo: che il metodo non è rapido e non corrisponde ai concetti di una scrupolosa asepsi.

L'anno seguente, in una comunicazione fatta al VII Congresso medico interprovinciale della Lombardia e del Veneto in Como, il PORTA riferiva i risultati di alcuni esperimenti

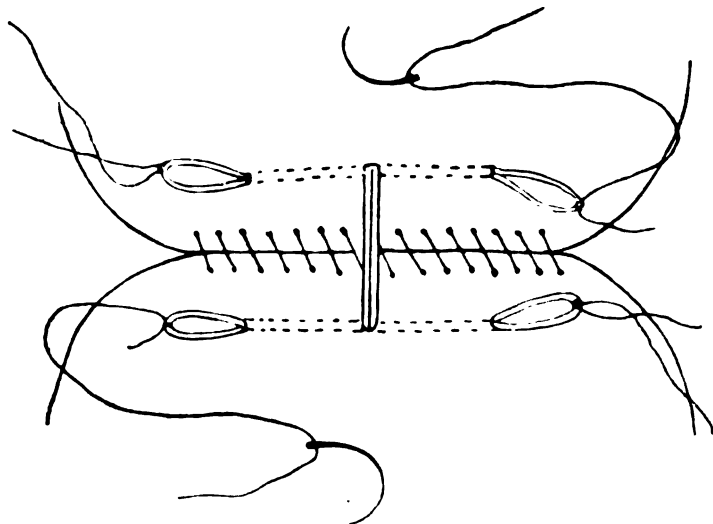


fig. 36. — RAFFA, Modificazione al metodo del PORTA.

sull'animale e tre nuovi casi clinici, in cui il suo metodo aveva completamente corrisposto.

Nuovo contributo clinico e sperimentale del dott. PORTA.

Il RAFFA (1) di Vicenza si fece sostenitore del metodo del PORTA; ma, sospettando che ne potesse derivare un forame troppo piccolo per le sostanze alimentari, portò al metodo stesso

(1) RAFFA A, La dieresi col laccio di gomma elastica nelle anastomosi delle vie digerenti, *La Clinica Chirurgica*, 1899, n. 11.

una modificazione che consiste nell'applicare due lacci di costrizione e sezione, anzichè uno, sopra una stessa linea, passanti nel centro per uno stesso foro ed allacciati agli estremi opposti (fig. 36).

Modificazioni
del RAFFA.

Ma, appena un anno più tardi, il RAFFA (1) stesso dovette riconoscere che « la fiducia da lui risposta in questo metodo era esagerata, che giuste furono le obiezioni fatte dal D'ANTONA nel Congresso di Roma, alla prima proposta dell'egregio dott. PORTA di Lonigo, e giuste le considerazioni del GIORDANO nel *Compendio di Chirurgia operativa italiana* ». E, riferendo un caso che egli ebbe ad operare col metodo PORTA modificato, e in cui, ad un nuovo intervento dovuto praticare dopo 6 mesi, trovò che la comunicazione tra stomaco ed intestino era perfettamente chiusa per cicatrice, dichiarava che « per ora, ha ripreso il sistema di fenestrare e suturare i margini della gastro-entero-anastomosi ».

Per la storia è doveroso ricordare che J. M. GASTON (2) (di Atlanta) aveva, già fin dal 1884, sperimentato un metodo di entero-anastomosi lenta per mezzo del laccio elastico, divulgandolo, nel 1887, come metodo rapido, comodo e sicuro nella pratica della colecisti-enterostomia. Il M. GRAW (3) avrebbe, fin dal 1890, applicata la dieresi lenta, con laccio elastico, in un caso di gastro-enterostomia sull'uomo.

Per la storia
della dieresi
con laccio el-
astico nelle an-
astomosi visce-
rali: J. M. GA-
STON.

Mc GRAW.

Questo stesso chirurgo, occupandosi più recentemente dell'argomento (4), dice che la legatura non deve esser fatta nè con un filo di gomma elastica, nè con un nastro largo: bisogna usare un filo elastico duro, rotondo, liscio e forte, del diametro di almeno 2 mm. In un solo nodo si può includere tutto quel tessuto che si vuole, ed è un errore fare tanti piccoli nodi: il filo elastico deve essere rivestito da un filo di seta.

CHLUMSKY (5) dice che il MIKULICZ ha adoperato il metodo

(1) RAFFA A., Relazione statistica sanitaria del Riparto chirurgico dell'Ospedale Civile di Vicenza, anno 1900, pag. 31, 32, 33.

(2) *Brit. med. Journal*, 1887, pag. 267.

(3) GRAW (THEO, A. MC.), Upon the use of elastic ligature in the surgery of the intestines, *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, vol. XVI, pag. 685, 1891, in TERRIER et HARTMANN, loc. cit., pag. 133.

(4) GRAW, *New York Medical Journal*, n. 4, 26 gennaio 1901.

(5) CHLUMSKY, Weitere Erfahrungen über die gastro-enterostomie. *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, Bd. XXVII, Heft 1-2, anno 1900.

Giudizio del
MIKULICZ sul
metodo PORTA.

del PORTA in un caso, abbandonandolo poi per la poca sicurezza ed i pericoli che presenta: innanzi tutto il filo elastico può tagliare i tessuti troppo presto, quando le aderenze tra i visceri non sono ancora formate, o può non aprire sufficiente comunicazione, o questa chiudersi per cicatrice.

Studi speri-
mentali del
prof. U. Rossi
sulla gastro-
enterostomia
col laccio ela-
stico.

Il prof. U. ROSSI (1) ignorava la comunicazione del PORTA quando intraprese una serie di esperimenti sul cane. Il processo eseguito dal ROSSI sperimentalmente è quasi identico a quello del PORTA, con la differenza che egli infila il laccio elastico addirittura nell'ago: pratica la sutura a soprappiglio fra l'ansa intestinale e lo stomaco, passa il laccio elastico e lo annoda: quindi completa all'innanzi di questo la sutura a soprappiglio. Sulla base dei suoi esperimenti il ROSSI viene alle seguenti conclusioni: 1.° Il processo è rapidissimo: dall'apertura del peritoneo al termine della seconda sutura a soprappiglio tra lo stomaco e l'intestino, non s'impiegano che una diecina di minuti; 2.° Il processo, almeno in tutti i miei esperimenti, è stato assolutamente innocuo, non avendo io perduto nessun animale in conseguenza di sepsi per non avvenuto coalito o per ulcerazione di punti; 3.° Bisogna guardarsi dallo stringere troppo fortemente il laccio elastico: allora la mucosa gastrica, tagliata troppo rapidamente rispetto alle altre tonache dello stomaco, può cicatrizzare al disopra del laccio (come ho costatato in uno esperimento). A tale inconveniente, che sarebbe gravissimo, si può facilmente ovviare oltre che col non stringere troppo fortemente il laccio, coll'usare un laccio molto grosso, quali se ne trovano in commercio a poco prezzo: allora la riunione non accade e s'intende facilmente il perchè; 4.° In tutti gli esperimenti non si ha mai un taglio completo di tutte le parti strozzate dal laccio: resta sempre un ponte di muscolare dello stomaco, più o meno grande. Anche questo, che a tutta prima può sembrare un inconveniente grave, in realtà non lo è: il laccio determina sempre due forami, sufficienti al passaggio degli alimenti.

Al XXVIII Congresso dei Chirurghi tedeschi, a Berlino, il

(1) ROSSI U., Studio sperimentale sul processo di gastro-enterostomia rapido del PORTA. *Arch. ed Atti della Soc. Ital. di Chir.*, a. XV, 1900, pag. 186.

MODLINSKY (1) di Mosca presentò un processo su per giù uguale a quello del PORTA: invece di adoperare un solo laccio elastico, egli ne adoperò due, posti in croce, come faceva il PODREZ coi lacci di seta.

Modificazione
del MODLINSKY.

Critica dei metodi di gastro-enterostomia in due tempi. — L'accoglienza punto benevola che i chirurghi hanno fatto ai più fra i metodi descritti, alcuni dei quali non riuscirono a varcare il limite del campo sperimentale, dimostra già di per se stessa che la gastro-enterostomia in due tempi, se ha servito sin qui di ottima palestra per esercitare le qualità inventive di parecchi Autori, non ha raggiunto certamente gli scopi che si proponeva.

Critica dei
metodi di ga-
stro-entero-
stomia in due
tempi.

Gli esperimenti del KNIE, mai applicati sull'uomo, non servirono che a segnare una nuova via nel campo clinico e sperimentale.

Il metodo del POSTNIKOW non è facile, nè breve, nè sicuro. *Non è facile*, perchè (e sia detto anche per altri metodi simili) se si riesce speditamente ad escidere sullo stomaco un lembo ovale comprendente le sole tuniche sierosa e muscolare, facendo altrettanto sull'intestino, si corre il facile rischio di aprire la mucosa, ciò che significa perdere ad un tratto tutto il beneficio del metodo. *Non è breve*, perchè la escissione di questi lembi, la emostasi, lo strozzamento dei coni delle mucose viscerali, e finalmente il sopraggitto circolare, importano una perdita di tempo forse maggiore di quello che è necessario per completare una gastro-enterostomia con 2 o 3 piani di sutura. *Non è sicuro*, nei suoi effetti, perchè lo strozzamento dei coni di mucosa determina necessariamente un raggrinzamento dei bordi sieromuscolari che aderiscono quindi in posizione viziosa, e la bocca anastomostica, che si ottiene per necrosi, può riuscire insufficiente ed è maggiormente, soggetta a restringersi per cicatrice.

Il metodo del BASTIANELLI è forse, fra tutti, il più spedito e sicuro; ma, anche in questo, adoperando il termocauterio sulle esili pareti del digiuno, si rischia di perforare la mucosa: e d'altronde non si è mostrato scevro d'inconvenienti, poichè in un caso del MAZZONI si ebbe a costatare che la caduta dell'e-

(1) MODLINSKY, 28 Congr. della Soc. tedesca di Chir., 5-8 apr. 1899. *La Clinica Chirurgica*, 1899, pag. 294-95.

scara non era stata completa, essendone residuato un ponte di mucosa che divideva in due il neopiloro, mentre, in un caso del BASTIANELLI, si ebbe lacerazione della sutura a soprappiglio e infezione del peritoneo. Del resto lo stesso A. ha rinunciato a questo metodo, persuaso che, dato il perfezionamento raggiunto attualmente dalla tecnica, i processi di gastro-enterostomia in due tempi non hanno più ragione di essere (1).

La constatazione fatta all'autopsia che, in più casi, non si era stabilita la comunicazione tra stomaco ed intestino, ha fatto giustizia del metodo SOLIGOUX, che, in principio, era stato accolto in Francia con un entusiasmo certo non troppo giustificato.

Il tabloide caustico, a cui il BOARI avrebbe voluto affidare il delicato incarico di stabilire l'anastomosi gastro-intestinale, non ha peranco avuto campo di mostrare la propria virtù che nelle viscere dei cani, e lo stesso A., al cui geniale ardimento non va disgiunta la necessaria prudenza, si è ben guardato dall'applicarlo sull'uomo.

I metodi di CHAPUT, di PODREZ, di TOPAI-PARLAVECCHIO, di MARTINI non hanno segnato un passo innanzi nella via della semplicità e della sicurezza, e, comunque, non reggono al confronto coi metodi che si propongono di ottenere l'anastomosi viscerale per mezzo di un laccio elastico.

Al metodo del MUGNAI, che vorrebbe cumulare i benefici del metodo BASTIANELLI con quelli del metodo PODREZ, convengono, a nostro modo di vedere, le obiezioni mosse dal PARLAVECCHIO in seno alla Società Italiana di Chirurgia: e, ad ogni modo, è da temere che la mucosa causticata ceda troppo presto all'azione del laccio di seta e peggio di quello elastico, e il contenuto gastro-intestinale abbia la possibilità di superare la debole barriera che il soprappiglio sieroso ha potuto determinare nel giro di poche ore.

Spetta certamente al PORTA di Lonigo il merito di avere volgarizzato un metodo di gastro-enterostomia in due tempi, per mezzo del laccio elastico. Egli, ricordando gli studi del suo concittadino GRANDESSO SILVESTRI (2) che primo scrisse *dell'uso della gomma elastica nelle legature chirurgiche*, fino dal 1862, e

(1) Comunicazione verbale.

(2) SILVESTRI G., *Dell'uso della gomma elastica nelle legature chirurgiche*. *Gazzetta Medica Italiana, Provincie Venete*, 1862, a. V., pag. 278.

gl'insegnamenti del suo illustre maestro prof. VANZETTI, ideò e mise subito in pratica sull'uomo il metodo che va sotto il suo nome e che, pure non sfuggendo alla critica, venne accolto, difeso ed applicato da altri chirurghi. Il PORTA vorrebbe elevare l'uso del laccio elastico a metodo di scelta in tutti i casi di gastro-enterostomia; ma il ROSSI, di cui abbiamo riportato più sopra le conclusioni sperimentali, pur proclamando il metodo assolutamente *innocuo* e degno di esser preso in seria considerazione, si affretta a dichiarare che egli « considera tale « processo soltanto utilizzabile in casi in cui le condizioni scadevoli del malato ci impongono assolutamente il risparmio di « tempo ».

Ma è anche vero che questi malati, nei quali cinque o dieci minuti di più, impiegati dal chirurgo ad ottenere un'anastomosi *sicura ed immediata* per mezzo della sutura, metterebbero a serio rischio la riuscita dell'atto operativo (?!), hanno maggior bisogno che altri di utilizzare al più presto i benefici del neopiloro. Ed allora ci troviamo dinanzi a questo dilemma: o il laccio elastico, bene stretto, taglia rapidamente i tessuti in modo da permettere che un operato, *sei ore* soltanto dopo l'intervento possa impunemente tollerare del brodo e del marsala, sia pure somministrati per errore (1° caso del PORTA), ed allora è chiaro che un semplice sopraggitto siero-sieroso non può garantire la saldezza di un'anastomosi stabilitasi e funzionante sin dalle prime ore; — inoltre la mucosa gastrica, tagliata troppo rapidamente rispetto alle tonache dello stomaco, può cicatrizzare al di sopra del laccio (esperimento del ROSSI, caso del RAFFA) —; o il laccio elastico, meno stretto, taglia più lentamente i tessuti, ed allora non si è in grado di utilizzare il neopiloro con un'alimentazione precoce, e il ponte di muscolare dello stomaco, più o meno grande, che il ROSSI ha visto permanere in *tutti* gli esperimenti, minaccerà di giganteggiare tra due piccoli fori, il cui limitato beneficio funzionale potrebbe essere transitorio.

Di certo gli esperimenti del ROSSI, che per la serietà e l'autorità dell'A. assumono una speciale importanza, non contribuiscono ad aumentare le simpatie per il metodo PORTA, e solo lo studio accurato degli operati, negli esiti lontani, potrà dirci se, in qualche *raro* ed *urgentissimo* caso, sia lecito affidarsi all'azione del laccio-elastico.

Del resto, volendo riassumere le nostre opinioni sui varî

metodi di gastro-enterostomia in due tempi, non sapremmo concludere meglio che col GIORDANO (1): « Pare in verità non metta conto di affidare una operazione, che è in poter nostro di eseguire precisa, regolare, di affidarla al caso, sia rappresentato da un caustico, che può essere eccessivo od insufficiente, e sia anche rappresentato da un'ansa elastica, che può spezzarsi: parmi che tutti questi metodi di anastomosi secondaria, la quale deve farsi senza controllo, nel mistero dei visceri, non rispondano affatto ai vecchi, ma vivaci termini del precetto: *cito, tute ed incunde*: — figli del timore, sposati a lentezza, non generano la sicurezza che ancor ci dà la sutura, vecchia, ma ubbidiente e sollecita e precisa ».

b) *Gastro-enterostomia con apertura dei visceri a sutura compiuta.*

Metodo DOYEN.

1.° *Metodo DOYEN* (2). — Questo chirurgo ha fatto costruire una robusta pinza, capace della pressione di kg. 1200, mercè la quale schiaccia la porzione di stomaco ed intestino che debbono essere anastomizzate. La tunica muscolare e la mucosa restano divise dallo schiacciamento: non resiste che la sierosa. Due forti allacciature con seta sono poste sulle parti schiacciate, e, al di dietro di queste, si esegue un doppio piano di sutura. Quindi il piano profondo è continuato anche anteriormente, fino a che non resti che un piccolo orificio attraverso al quale sortono i lacci costrittori delle parti schiacciate. A questo punto, con due colpi di forbice, si tagliano le sierose viscerali e si completano i 2 piani anteriori di sutura.

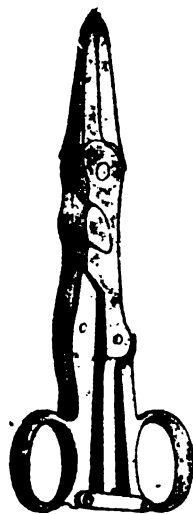


fig. 37. — DOYEN,
Pinza schiacciatrice.

Metodo BONOMO-RHO.

2.° *Metodo BONOMO* (3). — Applicò, sperimentalmente, nella gastro-enterostomia, un metodo di apertura tardiva delle mucose viscerali, che aveva già trovato utile nell'entero-ana-

(1) GIORDANO D., Compendio di chirurgia operatoria italiana, pag. 349.

(2) DOYEN, in TERRIER e HARTMANN, loc. cit., pag. 138.

(3) BONOMO, loc. cit., pag. 35 Estr.

stomosi, in uno studio sperimentale compiuto in collaborazione col dott. RHO (1). Ecco il metodo: fissato l'intestino allo stomaco con un doppio piano di sutura a filzetta, l'O. pratica una incisione rettilinea fino alla sottomucosa, al davanti e parallelamente al 2° piano di sutura gastro-digiunale: quindi escarizza la mucosa gastrica col coltello del termocauterio. Con un lungo ago, a preferenza retto, fa passare un filo di seta resistente attraverso la mucosa scoperta, da un estremo all'altro della incisione gastrica, facendolo penetrare nella cavità stomacale: sfilato l'ago, i due capi del filo vengono riuniti con un piccolo klemmer ad un angolo della incisione. Si fa altrettanto sull'intestino, facendo corrispondere dallo stesso lato le due anse di filo di seta. Dal lato opposto, con sutura continua o con punti staccati, s'incominciano a riunire i margini anteriori delle due incisioni; e, prima di stringere l'ultimo punto della sutura dal lato donde emergono le due anse di seta, si prendono i due capi di ciascuna, una dopo l'altra, e, con delicati movimenti a sega, si taglia la mucosa già nascosta, si annoda l'ultimo punto, e si completa l'anastomosi con un secondo piano anteriore di sutura.

3.° *Metodo* GIANNETTASIO e LOMBARDI (2). — Questi AA. hanno ideato di applicare alla gastro-enterostomia il manuale operatorio della fistola d'ECK per la quale, come si sa, il sangue portale viene immesso nella cava. Il metodo fu più volte applicato sperimentalmente sui cani, ed eccone i momenti principali: 1.° Affrontamento dello stomaco e dell'intestino con sutura continua alla LEBERT in duplice strato, per l'estensione di 5-6 cm.; 2.° Alla distanza di 3-4 mm. dalla linea di sutura, l'O. impianta nello stomaco e nell'intestino le punte degli aghi delle forcicine di ECK: il punto d'ingresso degli aghi è a mezzo centimetro circa all'interno di una delle estremità del sopraggitto; il punto d'egresso corrisponde ad uguale distanza all'al-

Metodo GIANNETTASIO - LOMBARDI.

(1) BONOMO e RHO, Sui mezzi più semplici per facilitare ed abbreviare le resezioni e le anastomosi intestinali. *Gior. Med. del R. Eserc. e Ann. di Med. Nav.*, 1896, marzo-aprile.

(2) GIANNETTASIO e LOMBARDI, Nuovo processo di gastro-enterostomia, con apertura delle cavità in primo tempo, a sutura completa. *La Clinica Chirurgica*, 1900, n. 11, pag. 961.

tra estremità, si che, data la lunghezza di 5 cm. della sutura siero-muscolare, la lunghezza dell'orificio di comunicazione è valutata 4 cm. circa; 3.° Si applica un primo piano anteriore

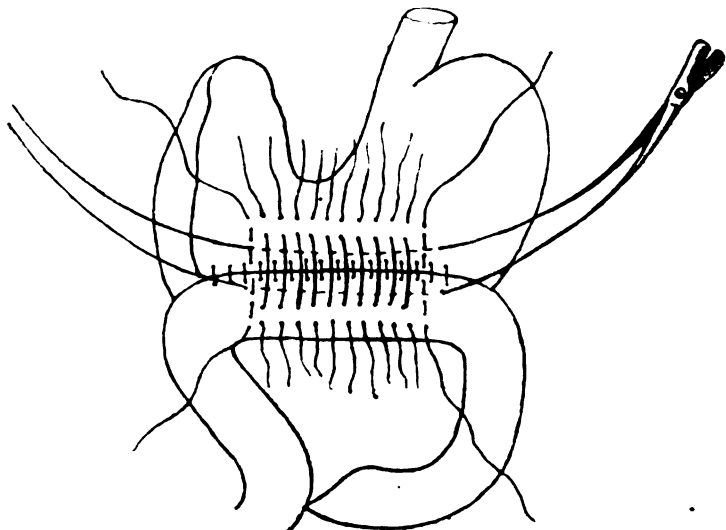


fig. 38. — GIANNETTASIO e LOMBARDI, Gastro-enterostomia con apertura delle mucose a cielo coperto.

di sutura nodosa, ed un sopraggitto siero-sieroso di sicurezza: prima di stringere gli ultimi punti, facendo trazione sui fili metallici delle forbicine, l'O. divide le pareti dei due visceri, e, mentre ritira l'istrumento, vengono annodati gli ultimi punti. Su 12 esperienze eseguite, soltanto in 2 casi gli AA. ebbero a costatare, per 2 volte nella stessa giornata, vomito abbondante di sangue e feccie figurate, ma sanguinolente. Per eliminare il pericolo inerente all'emorragia, in una seconda serie d'esperienze, dopo il primo piano di sutura posteriore, incisero sierosa e muscolare e praticarono l'emostasi, limitando alla sola mucosa l'azione delle forbici di ECK.

L'operazione non dura più di 10-15 minuti, a quanto assicurano gli AA., ed uguaglia quindi in celerità l'applicazione del bottone di MURPHY.

**Metodo del-
l'AUTORE.**

4.° *Metodo dell'A.* — Abbiamo fatto costruire dall'Invernizzi di Roma un modello di pinza enterostoma, che, giudicando dai risultati ottenuti in molti esperimenti e in tre casi clinici ci sembra possa riuscire assai utile nella gastro-enterostomia-

perchè: 1.° permette di aprire le cavità viscerali all'ultimo momento, quando si sta per completare la sutura; 2.° allontana il rischio di emorragie secondarie; 3.° facilita l'esecuzione dei piani di sutura anteriori, quindi abbrevia la durata dell'operazione.

La fig. 39 dimostra abbastanza chiaramente la costruzione della pinza. Le branche di presa misurano in lunghezza cm. $7\frac{1}{2}$;

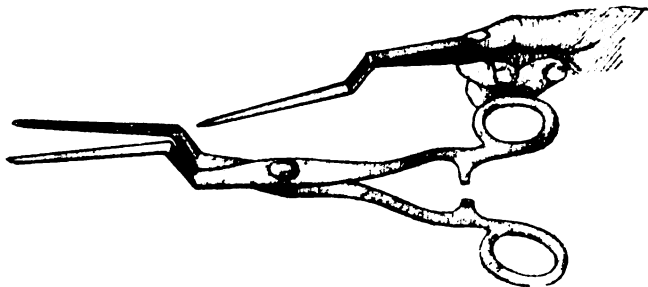


fig. 39. — MATTOLI, *Pinza enterostoma*.

hanno, esaminate in sezione trasversale, una figura conica, ad apice smusso, con la base rivolta all'interno, nella quale è scavato un solco che percorre ciascuna branca dall'estremità fin presso la punta, e vi si approfonda per circa mm. 2; ai lati di questo solco sono due incisure, pure longitudinali. Stando la pinza chiusa, i due solchi laterali si corrispondono perfettamente, e permettono l'introduzione di una lama, che, scorrendo dalla base verso l'apice della pinza stessa, taglia, necessariamente, i tessuti compresi tra le branche. L'articolazione, simile a quella del cranioclaste, è possibile anche con limitatissima divaricazione delle branche, le quali si fissano con una robusta cremagliera. La gommitatura dell'istrumento favorisce l'introduzione e l'azione della lama che si spinge con la mano destra, mentre la sinistra fissa solidamente la pinza.

Ciò posto, ecco il modo di adoperare l'istrumento nella gastro-enterostomia.

1.° Si riunisce l'ansa da anastomizzare alla parete del ventricolo, con sopraggitto siero-sieroso per circa 7-8 cm.: mezzo centimetro all'innanzi e parallelamente a questa prima sutura, s'incidono, per 6-7 cm., le tuniche sierosa e muscolare dello stomaco e dell'intestino, fino alla sottomucosa, scollandone leggermente i margini, in modo da mettere bene allo scoperto

le due mucose per una larghezza di cm. 1-1 1/2 e, con un secondo sopraggitto siero-muscolare, si riuniscono i margini posteriori delle dette incisioni.

2.° A questo momento, l'O. che è situato a destra del paziente, con un bisturi acuto, punge l'angolo destro della mucosa dell'intestino, e subito introduce nella cavità, parallelamente alle suture fatte, la branca-maschia della pinza enterostoma, che, per essere, come si disse, leggermente conica, dilata quanto basta la piccola apertura praticata sulla mucosa, senza permettere la fuoriescita del contenuto intestinale. Si pratica altrettanto sull'angolo corrispondente della mucosa sto-



fig. 40. — MATTÒLI, Applicazione della pinza enterostoma. — Sono completati i due piani posteriori di sutura. — Introduzione delle branche della pinza nelle cavità viscerali.

macale, e s'introduce nel ventricolo la branca-femmina della pinza. Le due branche sono spinte tanto quanto basta a far sì che la loro estremità corrisponda a mezzo centimetro all'interno dei due piani di sutura già fatti: e di ciò ci si assicura facilmente, anche con la palpazione attraverso le pareti viscerali.

3.° L'O. articola le 2 branche della pinza e, mentre l'assistente, dalla sinistra, abbassa con uno specillo la linea di sutura praticata, stringe fortemente la cremagliera, schiacciando l'una contro l'altra le mucose gastrica ed intestinale. Con questo movimento, i due margini anteriori della incisione siero-muscolare sono esattamente affrontati, e riesce assai facile e spedito riunirli con un sopraggitto che s'interrompe, con punto d'arresto, laddove le due branche della pinza fuoriescono dalle aperture mucose. Si pratica anche il 2° piano di sutura siero-

sieroso anteriore, e si continua anche questo fino alle branche della pinza, lasciando lungo il filo, munito dell'ago. Poi si passano 2 o 3 anse staccate, interessanti i bordi siero-muscolari dello stomaco e dell'intestino in corrispondenza della estremità destra delle incisioni viscerali, a ridosso della pinza chiusa e a cavalcioni di questa (fig. 41).

4.° L'O. fissa con la mano sinistra il manico della pinza, e, con la destra spinge la lama nell'interno della medesima,

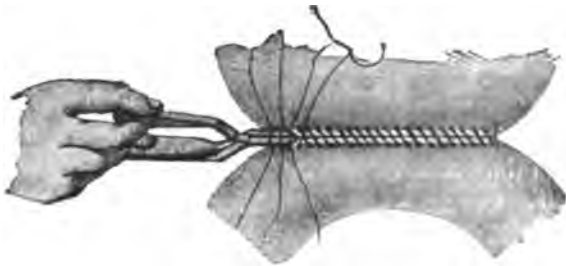


fig. 41. — MATTÒLI, *Pinza enterostoma*. — I due piani anteriori di sutura sono pressochè compiuti. — Sezione coperta delle mucose.

determinando l'apertura delle due mucose. Poi, nel mentre ritira l'istrumento, l'assistente stringe le 2 o 3 anse di filo e le annoda, rendendo assolutamente impossibile la fuoriescita del contenuto viscerale. Si termina l'operazione, continuando e completando, con 3 o 4 punti, il soprappiglio siero-sieroso anteriore.

L'atto operativo si compie in 15-20 minuti.

Questo metodo, utilizzabile altresì nell'entero-enteroanastomosi laterale, e, con un modello più piccolo dello stesso istrumento, nella colecisto-enterostomia, presenta, a nostro modo di vedere, i seguenti vantaggi:

1.° *Permette di aprire le cavità viscerali all'ultimo momento, quando si sta per completare la sutura.* — Si riducono così al minimo i rischi d'infezione della cavità peritoneale, per la fuoriescita del contenuto viscerale. Le branche della pinza, leggermente coniche, penetrando nelle piccole aperture praticate con la punta del bisturi, dilatano forzatamente queste aperture, ed i margini della mucosa si accollano attorno all'istrumento, impedendo assolutamente la fuoriescita del contenuto dei visceri.

2.° *Elimina il rischio di emorragie secondarie.* — Il fatto di una emorragia postoperatoria (vomito ematico e fecce sanguinolente) in dipendenza assoluta dall'atto chirurgico, si osserva con una certa frequenza, dopo la gastro-enterostomia, specialmente allorchè mucosa e sottomucosa non furono comprese nei piani di sutura: questa emorragia può assumere talvolta importanza speciale, date le gravi condizioni in cui, per lo più, versano gl'infermi, allorchè si sottopongono all'intervento. Adoperando la pinza enterostoma, che schiaccia le due mucose e rimane in posto per 7-10 minuti, si allontana il pericolo di una emorragia secondaria, e *la sicurezza diventerebbe assoluta se invece del tagliente, s'introducesse nel cavo della pinza un'ansa galvanica o un coltellino incandescente.* Questo mi propongo di sperimentare al più presto.

3.° *Facilita l'esecuzione dei piani di sutura anteriori, quindi abbrevia la durata dell'operazione.* — Articolata e stretta la pinza enterostoma, i due bordi anteriori siero-muscolari dello stomaco e dell'intestino rimangono esattamente giustapposti e distesi, in modo che i due piani anteriori di sutura a soprappiù possono eseguirsi con la massima facilità e prestezza e con un notevole risparmio di tempo.

Questa pinza enterostoma è stata applicata tre volte sull'uomo. La prima volta un individuo affetto da stenosi pilorica cicatriziale ed operato nell'Ospedale Civile di Sanseverino-Marche. Il collega dott. G. MADRUZZA, chirurgo primario dell'Ospedale stesso, mise in opera l'istrumento con la massima facilità e prestezza, constatandone i vantaggi, sia in riguardo alla sicurezza contro la fuoriescita del contenuto viscerale, sia in riguardo ad un notevole risparmio di tempo nella esecuzione dei due piani anteriori di sutura: l'uso della pinza apparve oltremodo facile, anche agli altri colleghi presenti, dottori MAGGIOLI, CHIOCCI e LAUREATI. L'operato guarì rapidamente, con ottimo successo funzionale.

Il secondo ed il terzo caso riguardano due donne da noi operate nell'Ospedale di Tolentino: riassumiamo qui una delle osservazioni cliniche, e riporteremo l'altra più innanzi (1).

(1) A questi debbono aggiungersi due nuovi casi, uno nostro e l'altro appartenente al dott. CURTI di Narni.

OSSERVAZIONE IV. — *Gastroptosi, gastroectasia.* — *Gastro-enterostomia transmesocolica posteriore alla VON HACKER.* — *Guarigione.*

Salvucci Angela, di anni 57, bracciante, di Tolentino, viene accolta nel reparto chirurgico di quest'Ospedale il 6 luglio 1902.

Anamnesi. — Nulla d'interessante nel gentilizio. Mestruada a 19 anni, si maritò a 23 ed ebbe 7 figli, 5 dei quali morirono in tenera età, per malattie infettive: si ebbe la menopausa a 49 anni. La paziente assicura di aver goduto sempre ottima salute fino a 7 anni or sono, quando incominciò a soffrire di dolori allo stomaco, con crampi e senso di strappamento. Questi disturbi si accentuavano nella stagione estiva, mentre nell'inverno diminuivano notevolmente. A digiuno i fatti dolorifici si mitigavano, per esacerbarsi 1 $\frac{1}{2}$ -2 dopo il pasto. Negli ultimi due anni avvenne un peggioramento notevole: il dolore si accentuò, con senso di tensione, eruttazioni acide, specie dopo mangiato. Nel dicembre scorso incominciò il vomito dei cibi ingeriti, che si ripeteva quasi costantemente ogni giorno; quando il vomito non avveniva naturalmente, l'inferma era costretta a procurarselo, per sottrarsi ai vivi dolori, causati dalla pienezza del ventricolo: dopo il vomito, i dolori diminuivano, fino a scomparire. Non si è mai voluta sottoporre a cura di sorta.

Esame obiettivo. — Stato di gravissima denutrizione. Sviluppo scheletrico regolare, masse muscolari atrofiche, pannicolo adiposo scomparso: mucose visibili pallidissime, colorito della cute pallido terreo. Peso del corpo kg. 36.500.

Nulla a carico della testa, collo, organi toracici.

All'ispezione, l'addome non presenta nulla di notevole. La palpazione riesce dolorosa alquanto sull'epigastrio, più sull'ipocondrio di sinistra e sulla regione ombellicale. Con la percussione si ha risonanza gastrica fino a 4 dita trasverse al di sotto della cicatrice ombellicale: gonfiando lo stomaco, questo si disegna nettamente al disotto delle esili pareti addominali: si può constatare, con facilità, la *dislocazione* o *ptosi* gastrica, mercè la percussione.

Col pasto di prova si constata presenza di acido cloridrico libero, tracce di acido lattico.

Atto operativo — (MATTOLI) — 9 luglio 1902. — Cloronarcosi: assistono i dottori CONTI, BOCCI, PUCCIARELLI. Si pratica l'incisione molto bassa, per $\frac{2}{3}$ al di sotto della cicatrice ombellicale. L'ispezione conferma la diagnosi di *ptosi gastrica*: il piloro, normale, è sceso a livello dell'ombellico, e il margine superiore dello stomaco (piccola curvatura) è pressochè verticale. Mentre s'ispeziona lo stomaco, la malata cessa di respirare: è necessario ricorrere alla re-

spirazione artificiale, che si continua per circa 10 minuti. Dopo di che, ristabilitasi normalmente la funzione respiratoria, decido di praticare la gastro-enterostomia transmesocolica posteriore alla von HACKER. Seguo in tutto la tecnica descritta a pag. 73-75; compiuti i due piani posteriori di sutura, sierio-sieroso e sierio-muscolare, invece di aprire le due mucose, applico la mia pinza enterostoma, con ottimo risultato: i due piani anteriori di sutura si compiono rapidamente, e, ritirando l'istrumento, dopo sezionate al coperto le mucose viscerali, e strette le tre anse di filo collocate in precedenza, con pochi punti sierio-sierosi l'operazione è compiuta. Il tempo impiegato per completare l'anastomosi gastro-intestinale è di *sedici minuti*; ma ho la convinzione che, salvo incidenti, e quando l'assistente conosca bene il modo di applicare la pinza, qualche minuto si può ancora economizzare.

Sutura delle pareti addominali a tre strati.

Decorso post-operativo: favorevolissimo. Mai vomito, nè conati. Due ore dopo l'operazione, s'incomincia la somministrazione di liquidi nutritivi che è benissimo tollerata. In ottava giornata si tolgono i punti della sutura cutanea, che è perfettamente cicatrizzata per prima: nello stesso giorno si dà all'inferma la carne ed il pane. Un mese dopo l'atto operativo, l'operata è cresciuta in peso kg. 4.500: le funzioni gastro-intestinali si compiono normalmente.

Critica dei
metodi di gastro-
enterostomia con a-
pertura dei
visceri a su-
tura compiuta.

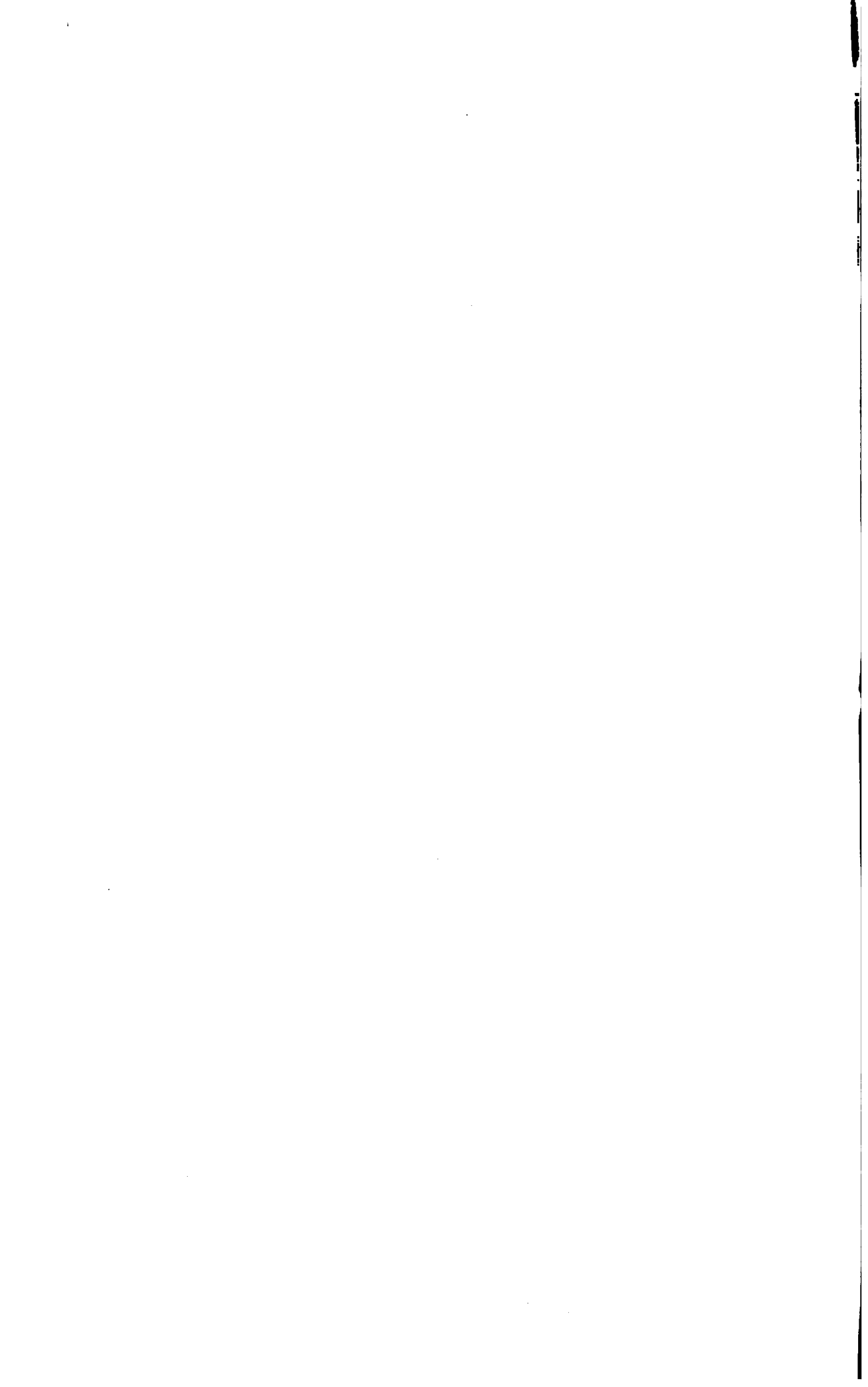
Critica dei metodi di gastro-enterostomia con apertura dei visceri a sutura compiuta. — Indubbiamente l'apertura dello stomaco e dell'intestino rappresenta il momento di maggior pericolo nel praticare la gastro-enterostomia, per la possibile fuoriescita del contenuto viscerale, sempre ricco di materiali infettanti. Ogni metodo operativo che valga ad eliminare questo pericolo, pur conservando il vantaggio di stabilire l'anastomosi in primo tempo, avrà dunque un reale interesse, specie se alla sicurezza vada accoppiata la possibilità di un risparmio di tempo sulla durata dell'operazione.

Non abbiamo mai sperimentato il metodo di DOYEN; ma certamente i due nodi di seta, con cui si stringono le porzioni viscerali schiacciate, debbono dare raggrinzamento delle pareti, ciò che, come nei metodi di PODREZ, MUGNAI ecc., rende meno comodo e facile praticare i piani di sutura dell'anastomosi.

Sperimentando sul cane il metodo BONOMO-RHO per la sezione della mucosa a sutura completa, abbiamo notato due inconvenienti: anzitutto le anse di seta, passando nella cavità viscerale, s'infettano, e, per quanto si possano nettare ed avvolgere con

garza, costituiscono sempre un pericolo non indifferente: in secondo luogo, facendo il movimento di sega per la sezione della mucosa, si produce stiramento ed anche strappamento dei punti di sutura posti in precedenza, perchè, bene spesso, non riesce possibile dividere la mucosa, specie quella gastrica, se non impiegando una discreta forza di trazione.

Quanto all'idea di GIANNETTASIO-LOMBARDI d'impiegare le forbicine di ECK nella gastro-enterostomia, crediamo che queste debbano riuscire realmente utili per la sezione coperta della mucosa, ma non vediamo in che modo possano influire nell'abbreviare l'operazione che, secondo gli AA., si compie in 10-15 minuti al più. Sembrerebbe anzi che l'uso delle forbici, e il dover disporre un numero non indifferente di anse staccate di seta, per il piano profondo anteriore di sutura, dovesse costituire una complicazione, e una perdita di tempo maggiore di quello che si richiede per un sopraggito siero-muscolare ed una incisione scoperta delle due mucose.



CAPITOLO V.

CIRCOLO VIZIOSO O RIFLUSSO DOPO LA GASTRO-ENTEROSTOMIA. — Varietà, cause, importanza clinica del circolo vizioso. — Risultati sperimentali. — Risultati clinici: osservazioni 5^a, 6^a e 7^a. — Frequenza del circolo vizioso nei diversi metodi.

Abbiamo ricordato più innanzi che il primo operato del BILLROTH (1) morì, non molto tempo dopo l'atto operativo, in seguito a vomito biliare incoercibile: l'autopsia dimostrò che il regurgito del contenuto dell'ansa afferente nello stomaco aveva determinato l'esito letale.

In seguito questo accidente fu osservato dalla più gran parte dei chirurghi che praticarono la gastro-enterostomia; per rimediarsi si escogitarono un gran numero di atti operativi.

Le osservazioni di circolo vizioso sono assai numerose nella letteratura e lo studio sperimentale di questa complicanza della gastro-enterostomia fu oggetto di molti lavori.

Pur tuttavia esistono tra i chirurghi notevoli divergenze, sia sul valore da attribuirsi a questo accidente nella clinica, sia sulla opportunità di provvedere ad eliminarlo per mezzo di speciali metodi operativi.

Ci sembra dunque utile trattare un po' diffusamente questa questione, portandovi il contributo della nostra osservazione clinica e di alcuni esperimenti sugli animali, nei quali ottenemmo risultati diversi da quelli di altri sperimentatori.

CARLE e FANTINO (2) osservarono che « in tutti gli operati di gastro-enterostomia, sia a digiuno che dopo il pasto, vi è riflusso di bile nello stomaco ». Il riflusso è maggiore negli ope-

Frequenza
del riflusso.

(1) In WÖLFLE, *Centralblatt für Chirurgie*, Leipzig, 1881, n. 45, p. 705.

(2) CARLE e FANTINO, loc. cit., pag. 161.

rati di gastro-enterostomia anteriore « ciò che è certamente in relazione con la maggiore lunghezza dell'ansa superiore, e quindi con la più spiccata formazione dello sprone nel punto di passaggio fra le due anse. Ma anche gli operati alla VON HACKER presentano sempre riflusso di bile, e talora in copia veramente straordinaria ».

L'osservazione di questi AA. contraddice a quanto scriveva HABERKANT (1) e cioè che « VON HACKER fa consistere il principale pregio del suo metodo nel fatto che egli non osservò mai regurgito dall'intestino e neppure vomito di bile ».

KAUSCH (2) in Germania, HARTMANN e SOUPAULT (3) in Francia, esaminando ripetutamente molti operati di gastro-enterostomia, confermarono le conclusioni di CARLE e FANTINO.

Così una serie assai numerosa di fatti clinici ha dimostrato che l'inconveniente del regurgito è comune a tutti i metodi di gastro-enterostomia ad anastomosi laterale.

Diremo col CODIVILLA (4) che « il difetto principale di questi metodi sta nella circostanza che l'apertura stomacale è in comunicazione con due bocche intestinali, l'una di egresso della branca afferente dell'ansa, l'altra d'ingresso della efferente. Il contenuto gastrico è quindi libero di penetrare nell'una e nell'altra delle branche, e ciò infatti è quanto succede almeno nel primo periodo che segue l'atto operatorio. Poi la branca afferente, a sua volta soprappiena, mette in giuoco la sua elasticità e forza contrattile per svuotarsi, ed il suo contenuto trova pure due vie, quella dello stomaco e quella della branca inferiore dell'ansa. Ciò mostra già come un funzionamento ideale del circolo intestinale nella regione dell'anastomosi sia estremamente difficile. Sarebbe necessario che, al momento dello svuotarsi dello stomaco, si chiudesse l'orificio inferiore della branca afferente, mentre che, durante i movimenti peristaltici che spingono allo innanzi la bile ed il succo pancreatico nella branca stessa, si chiudesse il nuovo piloro, e così i secreti non trovassero altra via che quella dell'intestino ». Ma, se ciò è possibile, si deve ritenere eccessivamente raro.

(1) HABERKANT, *Archiv für Chir.*, § 1 Bd., 3 Heft. S. 522.

(2) KAUSCH, *Centralblatt für Chirurgie*, 1899, p. 1015.

(3) HARTMANN ET SOUPAULT, *Revue de chirurgie*, t. XIX, p. 137.

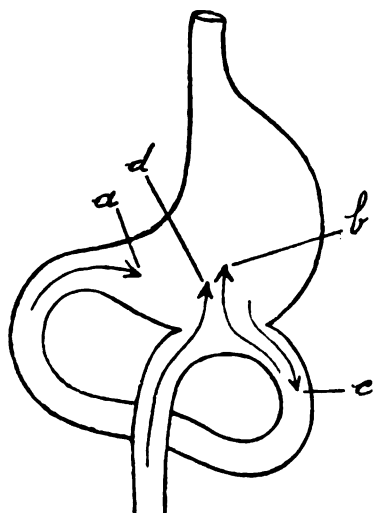
(4) CODIVILLA, loc. cit., pag. 32.

Nel maggior numero dei casi invece, rimanendo sufficientemente pervia la via efferente dell'intestino per ricevere facilmente la maggior parte degli alimenti e dei secreti, nè lo stomaco nè l'intestino stesso risentono notevolmente del circolo vizioso che è così compatibile con la vita ed anche con un vero benessere per parte del paziente. Questo accade fortunatamente nel maggior numero dei casi; ma, in altri, i fenomeni di riflusso possono assumere straordinaria gravità, fino a condurre a morte l'operato.

Varietà di circolo vizioso. — Il TAVEL (1) che si è occupato recentemente dell'argomento, distingue quattro varietà di riflusso (fig. 42).

Varietà di circolo vizioso.

1.° Riflusso dei succhi duodenali (bile e succo pancreatico) dal piloro nello stomaco (fig. 42 — *a*).



2.° Riflusso del contenuto dell'ansa afferente dal neopiloro nello stomaco (fig. 42 — *b*).

3.° Riflusso del contenuto stomacale dal neopiloro nell'ansa afferente (fig. 42 — *c*).

4.° Riflusso del contenuto dell'ansa efferente dal neopiloro nello stomaco (fig. 42 — *d*).

La prima varietà (*a*) è ammessa da parecchi autori: del resto non è difficile constatare la presenza di bile nello stomaco, anche senza che si sia praticata

fig. 42. — Varietà di circolo vizioso. una gastro-enterostomia.

La seconda varietà (*b*) è certamente la più comune a verificarsi, e può assumere, per condizioni e ragioni speciali, una eccezionale gravità.

La terza varietà (*c*) fu pure osservata con relativa frequenza ed è legata in certo modo alla precedente, quando si ha una larga comunicazione dello stomaco coll'ansa afferente a scapito della bocca efferente: in questi casi il tratto afferente del digiuno ed il duodeno sono enormemente dilatati.

(1) TAVEL E., Le reflux dans la gastro-entèrostomie. *Revue de chirurgie*, A. XXI, 1901, fasc. 12, pag. 685.

La quarta varietà (*d*) è stata osservata assai più raramente. In questi casi il vomito, invece di essere bilioso, come nella varietà (*b*), è fecaloide. Fu in seguito ad un caso di questo genere che KOCHER immaginò il suo processo valvolare.

Cause che determinano il circolo vizioso.

Cause del circolo vizioso. — Oltre le ragioni d'indole generale che abbiamo esposto più sopra, altre circostanze possono influire sul determinarsi ed il persistere del circolo vizioso. Il CHLUMSKY (1), nel suo primo lavoro sulla gastro-enterostomia, ne segnalò le principali.

Il formarsi dello *sprone* è la causa più frequente del riflusso: l'ansa anastomizzata, invece di mantenersi a curva spiegata sulla parete gastrica, si piega bruscamente ad angolo acuto in corrispondenza dell'anastomosi: le due branche, afferente ed efferente, si addossano come canne di fucile, e la parete posteriore dell'intestino, piegata in due (vedi fig. 21 a pag. 59), forma lo sprone che funziona da valvola sullo sbocco dell'una o dell'altra ansa, determinando una delle varietà di riflusso.

Lo stiramento dell'ansa anastomizzata può dare una *gomitatura della plica duodeno-digiunale*, con conseguente *ileo* del duodeno: un caso di questo genere fu osservato dal MIKULICZ e descritto dal CHLUMSKY (2): l'operato morì 24 ore dopo l'atto operativo.

Lo stesso A. osservò, pure in due casi del MIKULICZ, che, allorché l'apertura intestinale è più ampia di quella stomacale, questa può retrarsi, determinando la formazione di tante piccole pliche di mucosa che impediscono il deflusso del contenuto dal ventricolo nell'ansa efferente.

DOYEN segnalò come causa di riflusso la compressione del colon trasverso sull'ansa efferente, ed il BROWN (3), praticando una seconda laparotomia in un operato in cui persistevano dei vomiti biliosi dopo la gastro-enterostomia, trovò nel lume dell'anastomosi una membrana che fu tolta: il malato guarì.

Nel metodo VON HACKER, allorché non si abbia cura di fissare i bordi dell'apertura mesocolica sullo stomaco, o meglio, come pratica il DURANTE, sull'ansa digiunale, immediatamente

(1) CHLUMSKY, *Beiträge zur klinischen Chir.*, Bd. XX, pag. 231 e 487.

(2) CHLUMSKY, loc. cit., pag. 235.

(3) BROWN, *Centralblatt für Chirurgie*, 1900, pag. 938.

vicino all'anastomosi, può accadere che il mesocolon, cicatrizzando, produca lo strozzamento o la gomitura dell'ansa efferente. Questo avemmo ad osservare in un caso nostro (Osservazione V). STENDEL (1) riferisce pure un caso, operato da CZERNY, in cui si verificò lo stesso fatto.

La formazione di briglie cicatriziali che mantenevano l'ansa anastomizzata in posizione viziosa è stata osservata in due casi dal CECCHERELLI (2) che dovette intervenire più volte per ottenere la guarigione dei suoi malati.

In un caso del MIKULICZ, riferito dal CHLUMSKY (3) nel suo secondo lavoro, lo strozzamento dell'ansa efferente era dato da una briglia omentale.

L'impianto antiperistaltico o la torsione dell'ansa anastomizzata sono pure cause di circolo vizioso. Lo stesso CHLUMSKY segnala due casi di torsione dell'ansa (in uno la torsione era di 360°), tra gli operati del MIKULICZ.

Il PEHAM (4), della clinica di ALBERT, si occupò sperimentalmente delle complicanze della gastro-enterostomia in seguito a torsione dell'ansa anastomizzata, e concluse che l'inginocchiamento avviene più facilmente quando l'ansa viene torta nella direzione opposta all'indice dell'orologio.

A tutte queste cause di circolo vizioso e d'insufficienza funzionale del neopiloro, ne va aggiunta un'altra che noi stessi avemmo occasione di constatare sperimentalmente. Allo scopo di verificare la resistenza e la sicurezza di una anastomosi praticata con sutura a due piani, quando lo stomaco, subito dopo l'atto operativo, sia disteso da notevole quantità di liquido, eseguiamo una gastro-enterostomia anteriore alla WÖLFLEER sul cane, e, sacrificando subito l'animale, asportammo lo stomaco, il duodeno ed il tratto di digiuno anastomizzato. Quindi, chiuso il piloro con un filo robusto, iniettammo acqua nello stomaco dal cardias. Allora osservammo che, fino a che il ventricolo

(1) STENDEL, *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, Bd. XXIII.

(2) CECCHERELLI A., Alcune considerazioni sulla chirurgia gastrica. *Arch. ed atti della Soc. It. di Chir.* a 1900, pag. 211, e *Clinica Moderna*, a. VI, n. 7.

(3) CHLUMSKY, *Beitr. zur klin. chir.*, Bd. XXVII, Heft 1-2, 1900.

(4) PEHAM, Ein Beitrag zur gastro-enterostomie. *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Bd. 48, 1898, pag. 484.

rimaneva mediocrementemente disteso dal liquido (fig. 43 a) questo passava attraverso il neopiloro, parte uscendo dal tratto efferente e parte cadendo nel tratto afferente; ma, allorchè lo stomaco era molto disteso dal liquido iniettato con forza ed in

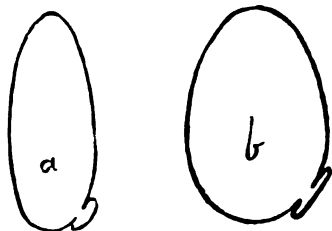


fig. 43. — Schematica: sezione dello stomaco e del neopiloro.

grande quantità, il neopiloro cessava completamente di funzionare: la sutura a due piani, sierio-sieroso e sierio-muscolare, resisteva ad una forte pressione endostomacale, senza lasciar filtrare minimamente il liquido. L'esperimento dimostrava che, a stomaco molto disteso, le labbra della fistola gastrica tendendo a divaricarsi, la mucosa

della porzione mesenteriale dell'ansa su cui è caduta l'anastomosi, si applica a guisa di valvola sul neopiloro, impedendone il funzionamento (fig. 43 b).

Ora, per quanto debba tenersi in considerazione, che, nel vivente, entra in giuoco la contrazione delle tuniche muscolari dello stomaco e dell'intestino, si può ritenere che, specie nelle prime ore che seguono all'atto operativo, e quando il calibro del digiuno è ristretto e l'apertura gastro-intestinale piuttosto lunga, il verificarsi del fatto da noi constatato sperimentalmente sia, più che possibile, probabile.

Questa occlusione del neopiloro con conseguente ristagno dovuti a ragione puramente meccanica, cui nessuno aveva accennato prima d'ora, spiega come alcuni operati di gastroenterostomia possano risentire il più grande beneficio dal semplice svuotamento dello stomaco, disteso da notevole quantità di bile, e come la fistola gastro-intestinale sembri riacquistare, subito dopo il sondaggio gastrico, la propria funzionalità.

La sutura muco-mucosa non varia i risultati del nostro esperimento. Ne consegue invece l'insegnamento pratico che, eseguendo i diversi piani di sutura della gastroenterostomia, non si debba addossare troppo largamente allo stomaco la parete intestinale (fig. 44 c), interessandone invece solo

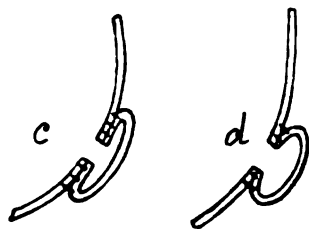


fig. 44. — Schematica: sezione del neopiloro.

quel tanto che è strettamente necessario (fig. 44 *d*): ne consegue ancora l'indicazione assoluta di svuotare immediatamente lo stomaco degli operati, non appena si manifestino sintomi di ristagno.

CHLUMSKY (1) scrive che, nei primi giorni dopo l'operazione, s'indusse sempre a malincuore al lavaggio dello stomaco, temendo che nuocesse all'anastomosi, ed aggiunge che, se un primo vuotamento dello stomaco non giova, i lavacri sono inutili ». Noi dividiamo pienamente l'opinione di questo A. sulla inutilità dei lavacri, mentre crediamo, per le ragioni suesposte, che il vuotamento del ventricolo, ripetuto anche più volte, possa riuscire della massima utilità. Quanto al pericolo del vuotamento del lavaggio gastrico, nei primi giorni dopo l'operazione, noi ci siamo persuasi, sperimentalmente e clinicamente, che una sutura ben fatta deve lasciarci completamente tranquilli, anche nelle prime ore dopo l'atto operativo; e d'altronde convien pensare che questa stessa sutura, la quale ci garantisce l'innocuità di un lavaggio, dovrebbe altrimenti lottare contro la distensione esercitata dai liquidi ristagnanti nel ventricolo.

Il CECCHERELLI (2) che fece fare nella sua clinica degli esperimenti in proposito, giunse alle stesse conclusioni: « in quasi tutti i suoi operati, nel 2° o nel 3° giorno, se occorre, pratica il lavaggio gastrico, ed il malato si sente subito bene ».

Importanza clinica del circolo vizioso. — Conviene distinguere tra un circolo vizioso compatibile con la vita ed anche col benessere degli operati, ed un circolo vizioso che determina in breve le più gravi conseguenze e che, senza un nuovo più fortunato intervento, conduce a morte il paziente.

Importanza
clinica del cir-
colo vizioso.

Questa seconda specie di riflusso s'impone a tutti i chirurghi: eliminare, per quanto è possibile, il pericolo della formazione dello sprone, e la caduta del contenuto stomacale nell'ansa afferente, creare operatorialmente le condizioni più favorevoli per una perfetta funzionalità del neopiloro, assicurando il deflusso del chimo nell'ansa efferente, debbono essere gl'ideali di chi si accinga a praticare una gastro-enterostomia.

(1) CHLUMSKY, loc. cit.

(2) CECCHERELLI A., *Chirurgia gastrica. Gazzetta degli Osp. e delle Clin.*, a. 1901, n. 41.

Riguardo invece all'importanza da attribuire al semplice reflusso della bile e del succo pancreatico nel ventricolo, l'opinione dei chirurghi è tuttora divisa, e mentre alcuni se ne mostrarono seriamente preoccupati e cercarono di dimostrare sperimentalmente i gravi danni che da questo fatto possono risentire gli operati, altri ritennero questa una complicanza di poco o nessun valore, e tale da non meritare soverchia considerazione per parte dell'operatore.

Il reflusso della bile e del succo pancreatico nello stomaco, dopo la gastro-enterostomia, costituisce o no un serio e temibile inconveniente di questo atto operativo?

CZERNY (1) che, adottando il metodo VON HACKER, non ebbe a verificare gravi complicanze per questo fatto, trova che è superfluo cercar di modificare la tecnica operatoria a tale scopo.

TROGNON (2) dice che non è lecito di complicare l'operazione per ovviare a tale eventualità.

RECLUS (3) considera il timore del reflusso di bile nello stomaco come chimerico, e non accetta le modificazioni operatorie destinate a rimediarvi.

TERRIER (4) ricorda che l'introduzione della bile nello stomaco non sembra disturbare l'azione del succo gastrico, fatto già dimostrato dal DASTRE nel 1880.

Il CARLE dice che il successo funzionale in una sua operata col metodo ad Y di ROUX fu ottimo; ma non superiore a quello degli operati col metodo VON HACKER, nei quali non pertanto riscontrò sempre reflusso di bile nello stomaco. Il regurgito di bile non inceppa la guarigione, nè impedisce agli operati di sentirsi affatto bene e di presentare miglioramento progressivo e rapido, senza malessere alcuno e senza sintomo alcuno di dispepsia, anche quando è copioso (5).

1) CZERNY in STENDEL, loc. cit.

2) TROGNON, *La gastro-enterostomie en France ecc.*, Paris, 1893.

3) RECLUS, *Revue de chirurgie*, 1892, pag. 976.

4) TERRIER, *Revue de chirurgie*, a. 1896, pag. 178.

5) CARLE e FANTINO, *Les stenoses pyloriques dans leurs rapports avec l'hyperchloridrie*, *Semaine Méd.*, 1897, pag. 270.

Il CECCHERELLI (1) scrive: « Basta avere un po' di pratica sulla chirurgia gastrica, per vedere come certi timori sieno esagerati: scompaiono quando si è molto operato. L'operato di gastro-enterostomia nei primi giorni ha per lo più vomiti di materie biliari, ha senso di peso, disturbi; ma tutto passa se il chirurgo, con una sonda gastrica, svuota il ventricolo ».

Il GIORDANO (2) « non ha trovato la necessità di abbandonare la anastomosi laterale secondo VON HACKER per adottare quella ad Y secondo ROUX..... La penetrazione di bile nello stomaco non lo preoccupava affatto dopo che lesse gli interessanti studi di RUGGERO ODDI sulla digestione gastrica ».

M. E. MASSE (3), sulla base di numerose esperienze, concluse che la bile che rifluisce nello stomaco non disturba la digestione gastrica, e che, non dovendosi più preoccupare di questo fatto, si sceglierà il processo più semplice e rapido di gastro-enterostomia.

MEYER (4) constatò, in 12 suoi operati di gastro-enterostomia alla VON HACKER, che la bile riflui per lungo tempo nello stomaco senza ostacolare la digestione.

Di fronte all'ottimismo di questi AA., altri chirurghi si preoccupano della possibilità che la bile e il succo pancreatico, rifluendo nello stomaco, possano determinare i più gravi fenomeni. Per ciò alcuni propongono nuovi metodi operativi intesi ad allontanare tale pericolo, altri cercano di dimostrare sperimentalmente l'esistenza di una sindrome speciale, dovuta appunto all'azione nociva esercitata dai succhi duodenali sulla digestione gastrica.

Esaminiamo anzitutto i risultati sperimentali.

Risultati sperimentali. — R. ODDI (5), fino dal 1887, praticava importanti esperienze sul cane, nel laboratorio di fisiolo-

Risultati sperimentali.

(1) CECCHERELLI A., loc. cit.

(2) GIORDANO D., Considerazioni ecc., *Riv. Ven. di Scien. Med.*, a. XVII, fasc. V, 15 mar. 1900, pag. 8 estr.

IDEM, Compendio di chirurgia operatoria italiana, pag. 343.

(3) MASSE M. E., De la cholecysto-gastrostomie, *Douzième Congrès de chirurgie, Paris, Mém. et discus.*, a. 1898, pag. 300.

(4) MEYER, *Annals of Surgery*, Vol. XXX, 1899, pag. 648.

(5) ODDI R., Azione della bile sulla digestione gastrica ecc., Perugia, Tip. Santucci, 1887.

logia dell' Università di Perugia, per studiare *l'azione della bile sulla digestione gastrica*. Egli concludeva che « la presenza della bile nello stomaco, prima e durante il periodo della digestione, non toglie ai succhi gastrici il loro potere digerente. La presenza della bile nel ventricolo, a digestione inoltrata, non ne precipita i prodotti (peptoni). È inesatta l'opinione della maggior parte dei medici e dei fisiologi, i quali credono che la bile possa esser causa del vomito e di gravi disturbi gastrici ».

La verità delle conclusioni di ODDI fu dimostrata clinicamente: WICKHOFF e ANGELBERGER (1) operarono felicemente una colecisto-gastrostomia in una donna in cui il coledoco era obliterato, e le aderenze del duodeno, del colon e dell' intestino tenue rendevano impossibile ogni altra operazione.

TERRIER (2) ripeté la stessa operazione in un caso analogo.

Ma le esperienze di ODDI ed i casi clinici di colecisto-gastrostomia, non erano sufficienti a dimostrare l'innocuità del riflusso dopo la gastro-enterostomia, perchè, in questo caso, insieme alla bile rifluisce nello stomaco anche il succo pancreatico.

Esperienze
del CHLUMSKY.

Per rischiarare questo punto il CHLUMSKY (3) istituì una serie d'esperienze sul cane. Egli sezionava trasversalmente la prima ansa del digiuno ed anastomizzava il tratto duodenale o afferente alla parte superiore dello stomaco, verso il cardias, mentre il tratto efferente veniva anastomizzato alla regione prepilorica. Così la bile ed il succo pancreatico dovevano versarsi continuamente nello stomaco, durante i diversi momenti della digestione. Tre cani, operati in tal modo, morirono qualche giorno dopo l'operazione, senza alcuna traccia di peritonite, con una sete intensa, mancanza totale di appetito, dimagrimento, senza vomiti.

Per stabilire se questi sintomi erano prodotti dal succo pancreatico o dalla bile, o dalla mescolanza dei due liquidi, il CHLUMSKY ripeté le esperienze di ODDI, sezionando il coledoco, di cui chiudeva i due monconi, e praticando una colecisto-gastrostomia. I suoi due cani vissero: uno, un animale debole, 18 giorni, il secondo continuò a godere completo benessere.

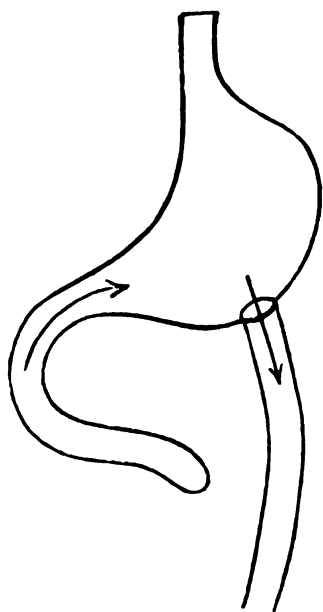
(1) WICKHOFF, ANGELBERGER, in *Wiener wochenschrift*, 1893, pag. 321.

(2) TERRIER, *Revue de chirurgie*, 1896, p. 169.

(3) CHLUMSKY, *Beiträge zur klinischen Chir.*, Bd. XX, pag. 520 e seg.

Allora, in un altro animale, praticò nuovamente l'anastomosi come nelle prime esperienze, aggiungendovi una colecisto-enterostomia con la branca efferente del digiuno impiantata sullo stomaco. Il cane così operato morì, con sintomi analoghi a quelli riscontrati negli esperimenti della prima serie, 4 giorni dopo l'operazione: sete intensa, mancanza d'appetito, nessuna traccia di peritonite.

CHLUMSKY dimostrava così, con i suoi esperimenti, che il riflusso della bile e del succo pancreatico nello stomaco sono funesti, che la bile, da sola, non disturba la digestione, e che il succo pancreatico produce invece, da solo, gli stessi sintomi che allorquando è mescolato alla bile.



Ma lo STENDEL (1) otteneva risultati diversi da quelli del CHLUMSKY. Volendo anch'egli ricercare quale influenza esercitasse sulla digestione il versamento dei succhi duodenali nello stomaco, praticò un'esperienza, in apparenza più semplice; tagliata l'ansa digiunale, chiudeva a cul di sacco il tratto afferente o duodenale, e anastomizzava il capo efferente alla grande curvatura dello stomaco (fig. 45): in tal modo la bile ed il succo pancreatico erano costretti a rifluire nello stomaco. Due dei suoi cani morirono con i sintomi descritti da CHLUMSKY, il terzo visse 18 giorni, mangiava e sembrava ristabilito, al-

Esperienze
di STENDEL.

fig. 45. — Esperienza di STENDEL. — lorchè morì accidentalmente.

Intanto il LEDDERHOSE (2) pubblicava una osservazione clinica, la quale veniva a confermare, in certo modo, i risultati delle esperienze di STENDEL: si trattava di un caso in cui un tumore dell'ultima porzione del duodeno rendeva necessario il riflusso della bile e del succo pancreatico nello stomaco.

(1) STENDEL, loc. cit.

(2) LEDDERHOSE, *Revue de chirurgie*, vol. XX, pag. 483.

Più tardi il SIEGEL 1 riferiva due casi perfettamente analoghi a quello di LEDDERHOSE.

NOTE
SULLA
CIECOLO VIZIOSO

Il CHLUMSKY allora ripeté gli esperimenti di STENDEL in 3 cani: due morirono ed il terzo guarì. Un cane a cui aveva praticato la stessa operazione, aggiungendovi la colecisto-enterostomia, dopo sezionato il coledoco, visse quattro settimane.

Lo stesso chirurgo crede di poter spiegare facilmente il perché dei diversi risultati, ottenuti con l'esperienza di STENDEL, così: nei propri esperimenti il succo pancreatico rifluiva in modo *continuo* nello stomaco, e disturbava la digestione: invece negli esperimenti di STENDEL, come nel caso clinico di LEDDERHOSE, il piloro non si apriva che a digestione finita, al momento cioè in cui il succo pancreatico, che è il solo dannoso, non poteva più impedire la digestione stomacale.

CHLUMSKY conclude dunque che *il reflusso continuo del succo pancreatico nello stomaco determina nei cani la sindrome da lui descritta e nell'uomo i fenomeni di circolo vizioso.*

A questo punto viene spontanea una obbiezione: dal momento che è dimostrato, sia sperimentalmente che clinicamente, come il reflusso della bile e del succo pancreatico sia comune a tutti gli operati di gastro-enterostomia, come accade che la sindrome descritta dal CHLUMSKY si osserva soltanto in casi puramente eccezionali?

Il TAVEL 2) risponde che ciò si deve a cause molteplici: la sensibilità individuale; la possibilità che la secrezione della bile e del succo pancreatico abbia una intermittenza variabile nei diversi individui; l'anastomosi posteriore meno favorevole al reflusso che l'anteriore. E conclude che *la rarità relativa del reflusso non basta a negare il fenomeno e la sua importanza.*

Noi abbiamo ripetuto nella Clinica di Roma le esperienze del CHLUMSKY, con risultati assai differenti da quelli ottenuti da questo A. — Riassumiamo le esperienze stesse:

Esperienze del
F. A.

ESPERIENZA I — Cane bastardo, robusto, manto color caffè. Cloronarcosi, previa iniezione morfina. Laparotomia mediana: tro-

(1) SIEGEL E., *Mitteilungen aus den Grenzgebiet der Medizin und Chirurgie*, vol. VIII, Jena, 1901.

(2) TAVEL, loc. cit., pag. 693.

vata la ansa del digiuno, si seziona trasversalmente tra due pinze KOCHER: quindi il tratto afferente si fa passare attraverso una bottoniera mesocolica e si anastomizza terminalmente, con doppio piano di sutura, alla grossa tuberosità: il tratto efferente viene invece portato allo innanzi del colon ed anastomizzato alla faccia anteriore dello stomaco, sulla porzione prepilorica. Sutura della breccia addominale.

Il cane, nei primi tre giorni, sorbisce volentieri del latte e beve molt'acqua: le urine sono cariche di pigmenti biliari. In seguito rifiuta il latte, poi l'acqua, ed al 10° giorno muore: non ha mai vomitato.

All'autopsia si trova discreta quantità di bile nello stomaco: lo sbocco dell'ansa afferente è perfettamente pervio.

Cercando di far uscire il liquido contenuto nello stomaco per l'ansa efferente, si osserva che questa è impermeabile per un ingiunocchiamento dell'ansa stessa, da aderenze, contratte con l'epiploon, in prossimità dell'anastomosi. Nessuna traccia di peritonite. Le suture hanno tenuto completamente.

ESPERIENZA II — Cagna da caccia, di mezza grandezza, del peso di kg. 12. Cloronarcosi. Laparotomia mediana: si ripete l'operazione della esperienza precedente: il piloro viene ristretto alla DOYEN (fig. 46).

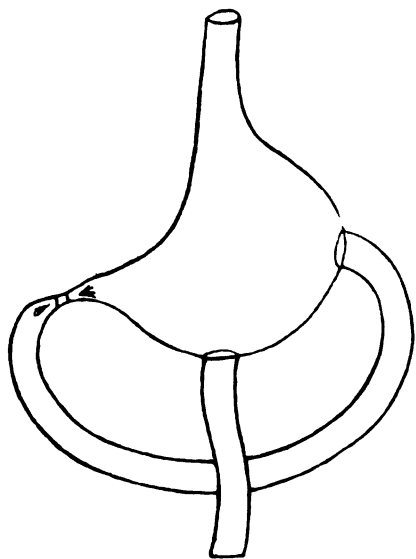


fig. 46. — MATTOLI, Esperienza II.

La cagna guarisce rapidamente: nei primi tre giorni si nutrice con latte, poi mangia con grande appetito carne tritata e zuppa: dopo 10 giorni mangia di tutto. Le fecchie sono figurate, di colore nerastro. Queste ottime condizioni durano per mesi 2 $\frac{1}{3}$, finchè l'animale, che conserva il suo peso, viene sacrificato. All'autopsia si trova che le due anastomosi sono perfettamente pervie: il piloro è ristretto. La bile e il succo pancreatico dovevano rifluire necessariamente e continuamente nello stomaco: questo si svuota completamente per l'ansa efferente.

ESPERIENZA III. — Grossa cagna da pastore a manto bianco e nero. Peso kg. 15. Laparotomia mediana, nella cloronarcosi. Si ripete l'esperienza di CHLUMSKY: il piloro viene ristretto alla DOYEN:

l'ansa efferente viene chiusa a cul di sacco e anastomizzata lateralmente all'antro prepilorico, con una larga apertura.

La cagna si mantiene in discrete condizioni, per i primi due o tre giorni, sorbendo un po' di latte e poca acqua: in seguito rifiuta l'uno e l'altra, non sa reggersi in piedi, e muore in 11^a giornata dall'operazione. Mai vomito.

All'autopsia si trova che la comunicazione tra ansa afferente e ventricolo è perfetta; invece il tratto dell'efferente, anastomizzato allo stomaco si è ripiegato, aderendo in posizione viziosa, in modo da impedire il deflusso stomacale. Nessuna traccia di peritonite: suture bene riuscite. Poca bile nello stomaco.

ESPERIENZA IV. — Cagna da guardia di mezza grandezza; pelame marrone; peso kg. 12.500. Cloronarcosi: si ripete l'operazione del 2^o esperimento.

La cagna guarisce rapidamente: mangia con appetito e, dopo 25 giorni, è aumentata in peso di gr. 500. È lasciata in vita per essere operata di fistola gastrica, allo scopo di istituire ricerche sul chimismo gastrico.

Il risultato del 3^o e 4^o esperimento contraddice alle affermazioni di CHLUMSKY, in quanto dimostra che il riflusso continuo della bile e del succo pancreatico nello stomaco è perfettamente compatibile col benessere degli animali che si nutrono ugualmente ed aumentano anche di peso.

Nel 1^o e 3^o esperimento i cani morirono con sintomi quasi identici a quelli descritti dal CHLUMSKY; l'autopsia dimostrò chiaramente, in entrambi i casi, una ripiegatura dell'ansa efferente, con consecutiva impossibilità allo svuotamento del ventricolo.

Da ciò dobbiamo concludere che *i fenomeni gravi di circolo vizioso sono dati da insufficiente o mancata funzionalità dell'ansa efferente, mentre nè la bile nè il succo pancreatico esercitano un'azione dannosa sulla digestione gastrica, e, ad ogni modo, il riflusso di questi liquidi nello stomaco è perfettamente compatibile con la vita ed il benessere degli animali.*

Riserbandoci di riferire in seguito i risultati delle ricerche chimico-fisiologiche che abbiamo iniziato, vogliamo qui riportare due osservazioni cliniche che ci appartengono, di cui la prima specialmente presenta un notevole interesse in riguardo all'argomento di cui si tratta, e conferma il risultato dei nostri esperimenti sul cane.

OSSERVAZIONE V-VI. — *Stenosi fibrosa del piloro.* — *Gastro-enterostomia transmesocolica posteriore alla VON HACKER.* — *Inginocchiamento dell'ansa efferente per aderenze con l'apertura mesocolica.* — *Entero-enteroanastomosi.* — *Piegatura dell'ansa efferente per aderenze con l'epiploon.* — *Gastro-enterostomia antecolica anteriore.* — *Guarigione.*

Messini Rosalia, di anni 33, di Tolentino, infermiera nell'Ospedale Civile, viene accolta nel reparto chirurgico il 21 giugno 1901. —

Anamnesi. — Gentilizio ignoto: a dieci anni, fuggendo perchè minacciata da un contadino, battè violentemente l'addome contro il tronco di un albero, riportando una contusione al quadrante inferiore sinistro. La paziente afferma che, in seguito a questo trauma, fu colta da accessi convulsivi epilettiformi che si ripeterono ad intervalli più o meno lunghi fino all'età di 26 anni: contemporaneamente ebbe a soffrire di forti dolori all'addome, specie a sinistra. A 26 anni, per esser liberata dagli accessi convulsivi e dai dolori, si sottopose ad un atto operativo che fu praticato da altro chirurgo (*ovariectomia*), e ne risentì notevole vantaggio. Nel 1900 ebbe il tifo, e rimase malata gravemente per oltre un mese.

I disturbi a carico dello stomaco rimontano a circa un anno fa. Già nella convalescenza del tifo ebbe a notare senso di peso allo stomaco, subito dopo il pasto, eruttazioni acide, dolori più o meno vivi alla regione epigastrica. In seguito questi fatti si aggravarono e incominciò il vomito delle sostanze alimentari ingerite. Ricoverata nella sezione medica dell'Ospedale, fu curata a lungo, sottoposta alla dieta liquida e alla gastrolusi: ciò malgrado il vomito continuò e si aggravò in modo che la paziente fu trasferita alla sezione chirurgica per essere operata.

Esame obiettivo. — Costituzione scheletrica regolare; masse muscolari e pannicolo adiposo scarsi; cute e mucose visibili pallidissime. Organi toracici sani.

All'ispezione dell'addome si vede, in corrispondenza della linea ombellico-pubica, la cicatrice lineare della ferita chirurgica. Si constata una notevole gastroectasia: guazzamento, ondulazione gastrica. La palpazione riesce negativa ed eccita dolorabilità, specie sulla regione pilorica. Col pasto di prova e l'esame del vomito, si constata la presenza di notevole quantità di acido cloridrico libero.

Orine normali. Feccie scarsissime a scibale.

Diagnosi. — *Stenosi fibrosa del piloro.*

Atto operativo. — 26 giugno 1901 (MATTÒLI). — Gastrolusi: Iniezione morfina, cloronarcosi, praticata dal dott. LODOVICI. Assistono i dottori TAMAGNINI ed A. TOZZI-CONDIVI. Laparotomia me-

diana, da tre dita trasverse al di sotto dell'apofisi ensiforme fino alla cicatrice ombellicale. Esplorando il piloro, si constata un indurimento fibroso a cingolo, che impedisce l'adito al mignolo introflettente la parete gastrica. Pratico la *gastro-enterostomia transmesocolica posteriore* (HACKER) con due piani di sutura, sierio-sierosa e sierio-muscolare, seguendo la tecnica già descritta. Anche in questo caso l'anastomosi può compiersi comodamente fuori della cavità addominale, mentre stomaco, colon ed epiploon sono ridotti e mantenuti nella cavità stessa. L'ansa afferente si lascia lunga 15-20 cm. dal ligamento di TREITZ. Non si fissano i bordi della breccia mesocolica. Chiusura dell'addome a tre strati.

L'atto operativo è compiuto in 25 minuti. La malata si desta in buone condizioni.

Decorso post-operativo: 27 giugno. — Durante tutta la notte l'operata è stata infastidita da vomito insistente di liquido verde scuro (bile frammista a sangue), di cattivo odore: le furono praticate dalla suora assistente più iniezioni di caffeina. Il polso è debole, ma regolare: alle 8 del mattino pratico il vuotamento dello stomaco, estraendo con la sonda gastrica oltre un litro di liquido verde-brunastro. L'operata dice di sentirsi assai meglio. S'inizia la nutrizione liquida.

28 giugno. — Nella notte è ricomparso il vomito, con senso di tensione all'epigastrio: si pratica nuovamente lo svuotamento del ventricolo, estraendo 1200 cc. di liquido verdastro.

29 giugno. — Il vomito è cessato completamente dopo il secondo svuotamento: si continua la nutrizione con liquidi.

4 luglio. — Si tolgono i punti di sutura: la ferita è completamente cicatrizzata per prima intenzione. Continuano le buone condizioni generali: la funzionalità gastro-intestinale sembra completamente ristabilita.

10 luglio. — L'operata si lamenta di un senso doloroso di peso a sinistra dell'ombellico. Esaminandola si riscontra una tumefazione di consistenza molle-elastica, che si suppone essere l'ansa afferente enormemente distesa: malgrado ciò l'operata ha potuto mangiare sino ad oggi senza vomitare.

11 luglio. — Ricomincia il vomito alimentare.

12 luglio. — La tumefazione notata in corrispondenza dell'ipcondrio sinistro è scomparsa in seguito al vomito: questo continua.

20 luglio. — L'operata vomita ogni giorno come prima dell'atto operativo: agli alimenti è unita discreta quantità di bile. Sono tollerati soltanto i liquidi in piccola quantità. Praticando il lavaggio dello stomaco si estrae bile frammista a muco.

Seconda laparotomia. — 29 luglio 1901. — Cloronarcosi. In-

cisione poco a sinistra della cicatrice. Liberato il colon trasverso da qualche aderenza contratta con l'epiploon e la cicatrice addominale, lo si solleva in alto e si ricerca l'anastomosi gastro-digiunale. La bottoniera mesocolica, saldandosi attorno all'ansa, ha ristretto e piegato ad angolo la porzione efferente del digiuno che, al di sotto della gomitura, è vuoto ed afflosciato: viceversa l'ansa afferente è notevolmente dilatata e comunica ampiamente con lo stomaco. Cerco anzitutto di distaccare le aderenze del mesocolon col digiuno, quindi pratico un entero-enteroanastomosi tra ansa afferente ed efferente, con doppio piano di sutura, siero-sieroso e siero-muscolare. Sutura della ferita addominale.

30 luglio. — L'operata è in buone condizioni: niente vomito.

4 agosto. — Il vomito non si è mai avuto: la paziente ingerisce notevoli quantità di liquidi nutritivi senza disturbo.

8 agosto. — Perdurano le buone condizioni: si somministrano delle zuppe e carne pesta.

11 agosto. — Si ha nuovamente il vomito: senso di peso all'epigastrio dopo l'ingestione dei cibi: sopporta meglio i liquidi.

20 settembre. — Il vomito è andato sempre aumentando: la paziente non tollera che scarsa quantità di liquidi: gli alimenti ingeriti vengono costantemente emessi col vomito, frammisti a straordinaria quantità di bile. Ha sete intensa: è debolissima. Nessun giovamento risente dalla gastrolusi.

Terza laparotomia. — *23 settembre.* — Cloronarcosi, previa iniezione morfina. Incisione alquanto a destra della prima cicatrice. Riesce assai difficile orizzontarsi fra le anse aderenti all'epiploon ed alla parete addominale: viene escissa una notevole quantità dell'omento infiammato ed aderente alle vecchie cicatrici. Rintracciata la entero-enteroanastomosi, si constata che questa è stirata all'indietro da una briglia mesenteriale, altre briglie epiploiche piegano a gomito l'ansa efferente che è completamente vuota e come astrofica: il tratto afferente è dilatato e largamente comunicante con lo stomaco. Giudicando insufficiente, a garantire la funzionalità dell'ansa efferente, distaccare le briglie cicatriziali che avrebbero potuto, secondo ogni probabilità, riprodursi, seguo in basso l'ansa efferente per circa 40-45 cm., quindi la porto all'innanzi del colon trasverso e l'anastomizzo alla faccia anteriore dello stomaco, sulla regione prepilorica, creando una comunicazione larga sei cm. e seguendo sempre la solita tecnica, con sutura a due piani. Chiusura della breccia addominale.

Decorso post-operativo. — Nei primi due giorni vomito da clorofornio. Si dovette ripetere più volte l'ipodermoclisi che si era praticata anche prima dell'atto operativo. Cessato il vomito, la paziente

migliorò rapidamente: nella prima settimana ebbe numerose scariche diarroiche fetentissime. Poi la funzionalità gastro-intestinale si compì regolarmente, e, dopo 15 giorni, mangiava con appetito la dieta comune dell'ospedale: le buone condizioni si mantengono anche attualmente (1). La Messini è aumentata in peso di kg. 12 e presta servizio come infermiera nella sezione chirurgica dell'ospedale. Col sondaggio dello stomaco, sia a digiuno che dopo il pasto, si rinviene bile nello stomaco. L'operata non ne risente alcun fastidio e la digestione si compie normalmente: il ventricolo si svuota 5-6 ore dopo un pasto abbondante. Le fecce e le urine sono normali.

Questo caso clinico conferma pienamente le nostre esperienze sul cane. La fig. 47 rappresenta schematicamente i rapporti dello stomaco e dell'intestino della Messini, dopo i tre atti operativi subiti. Lo stomaco si vede posteriormente: il primo intervento (a) fu la gastro-enterostomia posteriore, il secondo (b) l'entero-enteroanastomosi, il terzo (c) la gastro-enterostomia anteriore. Presentemente, essendo l'ansa efferente impermeabile nei punti *pp*, la bile ed il succo pancreatico debbono necessariamente rifluire nello stomaco per la bocca *a* mentre lo svuotamento del viscere si effettua unicamente per il neopiloro *c*. Si avvera dunque, in questo caso, la condizione che il CHLUMSKY e noi stessi abbiamo creato sperimentalmente sul cane.

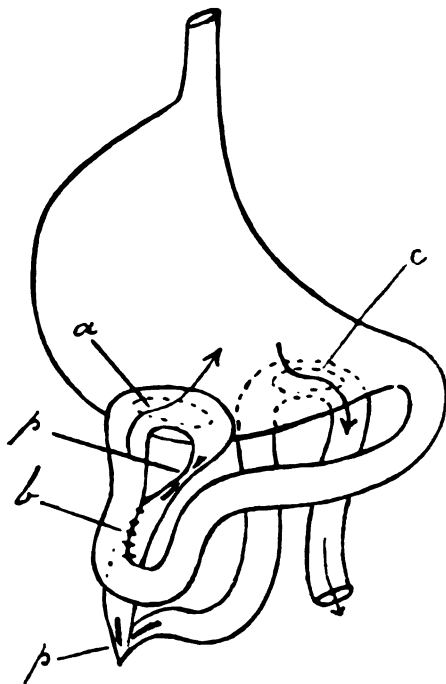


fig. 47.

Orbene, questa operata gode, malgrado ciò, il più completo benessere, in modo da far ritenere che la digestione stomacale si effettui normalmente.

(1) Quattordici mesi dopo l'ultimo intervento.

OSSERVAZIONE VII. — *Stenosi pilorica fibrosa, gastroectasia.* — *Gastro-enterostomia antecolica alla WÖLFLER.* — *Notevoli disturbi da reflusso.* — *Guarigione.*

Potenza Micozzi Fidalma, di anni 37, di Crispiero (Camerino), entra in ospedale il 7 gennaio 1900.

Anamnesi. — Nulla d'importante nel gentilizio. Mestrualo a 15 anni, andò a marito a 19, ebbe 6 gravidanze normali ed un aborto. A 21 anni ebbe il tifo, a 29 una bronco-pneumonite. Soffre di disturbi gastrici da 18 mesi: dopo mangiata della polenta fu presa da violenti dolori allo stomaco con vomito ostinato: in seguito soffrì continuamente di acidità, pesantezza dopo i pasti, nausea, vomito. Questi sintomi si sono continuamente aggravati, ed ora il vomito si ripete quasi costantemente dopo ogni pasto. Si è sottoposta ad una lunga cura medica ed alla gastrolusi senza favorevoli risultati.

Stato presente. — Gastro-ectasia: il limite inferiore dello stomaco oltrepassa la cicatrice ombelicale. Discreta dolorabilità su tutta la regione gastrica: nulla si palpa in corrispondenza del piloro. Col sondaggio dello stomaco, a digiuno, si estrae notevole quantità di liquido torbido, di odore acre, coi residui degli alimenti ingeriti nei giorni antecedenti. Acido cloridrico libero: assenza di acido lattico.

Condizioni generali scadentissime: peso del corpo kg. 44.

Diagnosi. — Stenosi pilorica fibrosa. Gastroectasia.

Atto operativo. — 11 gennaio 1900 (MATTOLI). Cloronarcosi (dott. LODOVICI). Assistono i colleghi CONTI e PUCCIARELLI. Incisione mediana, dalla metà della linea xifo-ombelicale a due dita trasverse al disotto dell'ombellico: l'esame diretto del piloro conferma la diagnosi. Scelta l'ansa digiunale, a 40 cent. dal legamento di TREITZ, l'anastomizzo alla faccia anteriore dello stomaco, subito al disopra della grande curvatura, creando un neopiloro largo 5 cm., e fissando l'ansa digiunale per lungo tratto, a curva molto spiegata, sulla parete del ventricolo. L'anastomosi è compiuta con tre strati di sutura a sopraggito: sierio-sieroso, sierio-muscolare e muco-mucoso. Chiusura della breccia addominale.

Decorso postoperativo. — Apiressia, guarigione per primam. Dodici ore dopo l'atto operativo s'incomincia la alimentazione con liquidi. Mai vomito. Al 6° giorno l'operata accusa un senso di peso all'epigastrio che si cambia presto in vero dolore. Col sondaggio si estraggono oltre due litri di liquido verde-scuro, dopo di che la malata dice sentirsi meglio. Dopo 2 giorni si ha vomito biliare abbondante: lavaggio dello stomaco. Nel mese successivo si deve ricorrere più volte allo svuotamento dello stomaco, estraendo sempre una straordinaria quantità di bile: prima di praticare il sondaggio si può talvolta

facilmente palpare, attraverso le esili pareti addominali, l'ansa afferente distesa enormemente. Nel liquido estratto con la sonda non si rinviene traccia dei cibi ingeriti dalla paziente. Quaranta giorni dopo l'atto operativo i fenomeni di reflusso cessano completamente: la malata dice di sentirsi bene ed acquista rapidamente in peso.

L'operazione data ora da due anni e mezzo, e le condizioni dell'operata sono ottime, non avendo più risentito alcun disturbo da parte dello stomaco.

Questa favorevole risoluzione dei fatti di circolo vizioso è da attribuirsi, a nostro modo di vedere, all'ampiezza del neopiloro che, malgrado una notevole distensione dell'ansa afferente, permise sempre il deflusso di una gran parte del contenuto stomacale nella bocca efferente.

Frequenza
del circolo vi-
zioso nei di-
versi metodi o-
perativi.

Frequenza del circolo vizioso nei diversi metodi operativi. — Il circolo vizioso costituisce dunque una complicanza seria dei processi di gastro-enterostomia fin qui descritti, ma molto più specialmente del metodo antecolico anteriore.

PEHAM (1) che riferì i 67 casi operati nella clinica dell'ALBERT fino al 1897, dice che l'autopsia dimostrò il circolo vizioso soltanto in due casi, ma che l'osservazione clinica fa ritenere assai più frequente questo fenomeno.

KAPPELER (2), su 21 casi, osservò tre volte il reflusso, e proprio nei tre casi in cui non aveva fissato le anse afferente ed efferente allo stomaco al di là dell'anastomosi.

Su 65 casi operati dallo CZERNY (3), uno solo presentò gravi fenomeni di circolo vizioso, e guarì con una entero-enteroanastomosi fra ansa afferente ed efferente.

Il MIKULICZ (4) perdette 7 operati su 74, in seguito a disturbi di circolo vizioso: inoltre dovette praticare 7 volte l'entero-enteroanastomosi secondaria, con 4 guarigioni. Nella seconda serie di 78 gastro-enterostomie (5) non si osservò « un circolo vizioso puro (!) come nel primo periodo: in 5 casi si ebbero sintomi che lo facevano temere, ma si osservò poi che diversa ne era la causa: una volta l'ansa efferente si trovò strangolata da una

(1) PEHAM, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd. XLVIII, pag. 484.

(2) KAPPELER, loc. cit.

(3) STENDEL, loc. cit.

(4) MIKULICZ, in CHLUMSKY, *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, Bd. XX, pag. 235.

(5) CHLUMSKY *Beitr. zur klin. Chir.*, Bd. XXVII, 1900, Heft 1-2.

briglia omentale, in un secondo caso si trovò un restringimento del colon trasverso, 2 volte il fatto era dovuto a torsione dell'ansa anastomizzata, e finalmente nel 5° caso si aveva a che fare, secondo ogni probabilità, con un ileo paralitico ».

Il CARLE (1), su 20 operati di gastro-enterostomia alla WÖLFLE, ebbe 6 morti: in due casi fu dimostrata all'autopsia la formazione dello sprone, con conseguente impedimento al deflusso nell'ansa discendente, ed in altri tre casi si ebbe la prova evidente dell'esclusivo e più facile deflusso dello stomaco nell'ansa superiore.

Il CODIVILLA (2) su 12 operati di gastro-enterostomia antecolica (10 alla WÖLFLE e 2 alla DOYEN) trovò, all'autopsia, la disposizione a sprone delle anse in due casi: si trattava di due operati di carcinoma, l'uno morto d' inanizione per vomiti di alimenti commisti a bile 19 giorni dopo l'operazione, e l'altro morto 11 mesi dopo in seguito ai disordini portati dall'estendersi del neoplasma: quest'ultimo aveva vomito biliare e ristagno di alimenti nello stomaco. In due altri casi non fu fatta l'autopsia, ma dai sintomi era lecito arguire che i disturbi fossero dovuti alla stessa causa. In 7 gastro-enterostomie posteriori il CODIVILLA non ebbe mai a notare sintomi di reflusso.

PETERSEN (3) che riferisce, dopo STENDEL, i risultati della clinica di Heidelberg, ammette che il circolo vizioso si verifica principalmente per formarsi dello sprone: su 215 gastro-enterostomie posteriori (HACKER) non si ebbe ad osservare un solo caso di reflusso grave, mentre su 21 gastro-enterostomie alla WÖLFLE, si dovette praticare 3 volte l'entero-enteroanastomosi secondaria, con un decesso.

Ma anche il metodo HACKER non va esente in modo assoluto dell'inconveniente del circolo vizioso: il MIKULICZ (4) fu obbligato per due volte, dopo tale atto operativo, a praticare una entero-enteroanastomosi per arrestare il vomito biliare incoercibile cui erano in preda i malati; e dalla prima statistica di CHLUMSKY (5) risulta che, sopra 152 casi 8 volte si ebbe la morte in seguito a vomiti biliari.

(1) CARLE e FANTINO, loc. cit.

(2) CODIVILLA, loc. cit., pag. 35-36.

(3) PETERSEN, *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, Bd. XXIX, pag. 597.

(4) MIKULICZ, in CHLUMSKY, loc. cit., pag. 506.

(5) CHLUMSKY, loc. cit.

Il ROUX (1) poté constatare in due casi, riflusso di alimenti nel duodeno che si dilatò straordinariamente: uno degli operati morì.

Il DELBET (2) riferiva alla Società di Chirurgia di Parigi il caso di un operato di gastro-enterostomia posteriore (HACKER) per stenosi pilorica, in cui si verificarono fatti gravi di circolo vizioso. Riaperto l'addome praticò un'entero-enteroanastomosi: malgrado ciò i vomiti continuarono e l'ammalato morì. Nella stessa adunanza lo SCHWARTZ riferì un caso perfettamente analogo a quello di DELBET.

Un operato del CASUCCI (HACKER) morì in 5ª giornata per vomito bilioso incoercibile.

Il MONGUIDI, lo SCHIASSI e l'AMOUR (3), ciascuno in un caso operato alla VON HACKER, dovettero intervenire nuovamente per gravi fenomeni di circolo vizioso: i primi due praticarono una entero-enteroanastomosi alla BRAUN, il terzo, oltre l'entero-enteroanastomosi, praticò la sezione del piloro: i tre operati guarirono.

Circolo vizioso e statistica.

Dalla nostra statistica risulta che, su di un totale di 1,028 operati a 209 decessi, la morte fu dovuta in 22 casi a circolo vizioso: di questi 21 erano stati operati coi metodi anteriori di WÖFLER e DOYEN, ed 1 solo col metodo di VON HACKER.

Da quanto siamo venuti esponendo appare chiaro che, se la clinica e gli esperimenti sull'animale hanno dimostrato che la presenza della bile e del succo pancreatico nello stomaco non esercita quell'azione funesta che alcuni supponevano e cercarono di provare, i disturbi di circolo vizioso *dovuti il più delle volte a mancata od insufficiente funzionalità della bocca e della parte efferente del digiuno*, possono assumere, in alcuni casi, una tale gravità da compromettere la vita dell'operato.

Sono perciò completamente giustificati i tentativi di quei chirurghi che escogitarono nuovi metodi operativi o suggerirono modificazioni a quelli già esistenti, allo scopo di eliminare questa grave complicanza della gastro-enterostomia.

(1) ROUX, Remarques sus 14 gastro-enterostomies ecc. *Septième Congrès de chirurgie, Paris 1893. Mém. et disc.*, pag. 394.

(2) DELBET, *Semaine médicale*, a. 1900, n. 53, pag. 442.

(3) Vedi *Statistica*.

CAPITOLO VI.

METODI OPERATIVI INTESI AD ELIMINARE IL PERICOLO DEL CIRCOLO VIZIOSO. — Critica dei metodi proposti. — *Gastro-enterostomia ad Y ad anastomosi laterale*: osservazione 8^a.

METODI OPERATIVI INTESI AD ELIMINARE IL PERICOLO DEL CIRCOLO VIZIOSO.

Sarebbe difficile classificare i molti metodi proposti a tale scopo: prima di descrivere i più importanti, ricorderemo che il WÖLFLE (1) aveva suggerito di restringere la bocca afferente, passandovi attorno un filo di seta e stringendolo moderatamente. VON HACKER (2) praticava un pieghettamento della bocca afferente, con punti sierosi applicati sulla faccia esterna dell'ansa (fig. 48). Al WÖLFLE fu obiettato che il filo poteva tagliare la parete intestinale, e non ci risulta che alcuno abbia messo in pratica il suo suggerimento: il pieghettamento alla HACKER scompare dopo qualche settimana, come ebbe a constatare in un caso il TAVEL (3).

Restringimento della bocca afferente secondo WÖLFLE e VON HACKER.

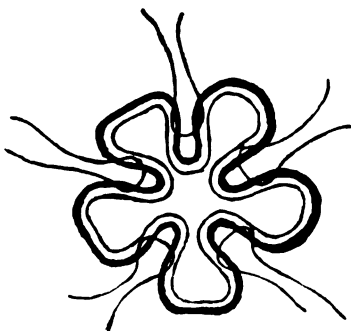


fig. 48. — Restringimento della bocca afferente secondo VON HACKER.

Per evitare la formazione dello sprone, HADRA (4), fino dal

(1) WÖLFLE, in TERRIER et HARTMANN, loc. cit., pag. 149.

(2) HACKER, cod. loc.

(3) TAVEL, loc. cit., pag. 710.

(4) HADRA, *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1891, pag. 1138.

Fissazione estesa dell'ansa HADRA, LAUENSTEIN, DOYEN, KAPPELER.

1891, raccomandava di fissare l'ansa per lungo tratto allo stomaco, oltre l'anastomosi,

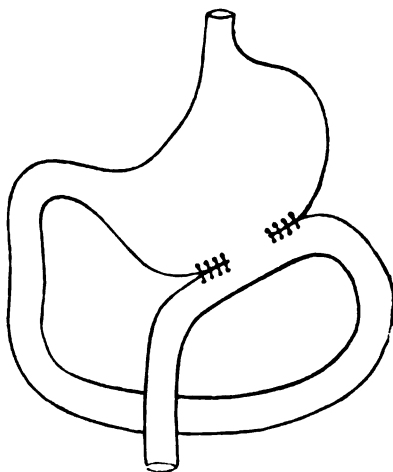


fig. 49.

sia dal lato efferente che dall'afferente (fig. 49). LAUENSTEIN (1) nel 1896 riferisce di avere avuto notevoli vantaggi dalla fissazione estesa del solo tratto afferente (fig. 50): DOYEN (2) insiste, esponendo il suo primo metodo, sulla utilità di fissare per lungo tratto l'ansa allo stomaco, dandole una posizione inclinata dall'alto in basso e da sinistra verso destra, e

finalmente il KAPPELER (3) ripropone come nuova la stessa cosa.

Abbiamo visto già come la fissazione più o meno estesa dell'ansa sullo stomaco si sia dimostrata, nella pratica, addirittura insufficiente a prevenire i fenomeni di riflusso.

Passiamo ora in rassegna i diversi metodi proposti.

1.^o *Metodo valvolare di WÖLFLE* (4). Consiste nel fissare l'ansa digiunale allo stomaco in direzione antiperistaltica, facendo in modo che l'apertura intestinale sulla estremità afferente sia più larga dell'apertura stomacale. La parete del ventricolo dovrebbe così fungere da valvola, impedendo il riflusso della bile nello stomaco (fig. 51).

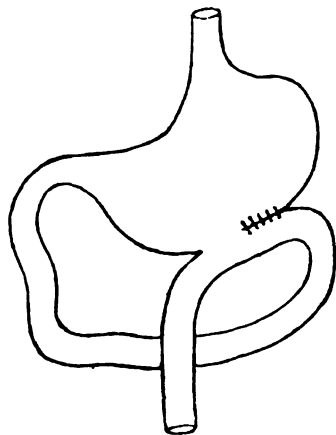


fig. 50.

(1) LAUENSTEIN, Erfahrungen auf dem Gebiete der Magen Chirurgie, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd. 44, pag. 241.

(2) DOYEN, loc. cit.

(3) KAPPELER, Erfahrungen über gastro-enterostomie, *Deut. Zeitsc. für Chir.*, Bd. 49, pag. 113.

(4) WÖLFLE, *Centralblatt für Chirurgie*, 1883, pag. 42.

2.° *Metodo valvolare di KOCHER* (1). Questo A. pratica la gastro-enterostomia anteriore antecolica. Egli dispone l'ansa perpendicolarmente allo stomaco, avendo cura che il tratto afferente sia a sinistra e l'efferente a destra. Apre l'intestino trasversalmente sulla metà opposta al mesenterio, e fissa l'ansa in modo che il capo afferente sia in immediato contatto con lo stomaco, mentre l'efferente posa sopra l'afferente.

Metodo val-
volare di KO-
CHER.

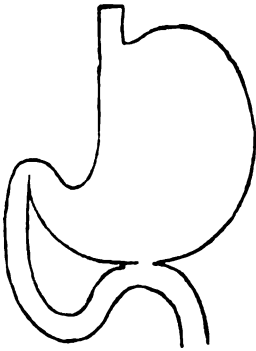


fig. 51. — WÖLFLE, Me-
todo valvolare.

L'intestino non viene aperto in prossimità della sutura, ma vi si scolpisce un lembo a convessità anteriore (valvola), la cui base sierosa si riunisce con sutura al bordo posteriore della incisione stomacale, mentre i due bordi anteriori delle incisioni viscerali vengono riuniti insieme come nei processi comuni (fig. 52). La valvola dovrebbe impedire, secondo l'A., il riflusso di bile nello stomaco, assicurando in pari tempo il deflusso da questo nell'ansa efferente.

3.° *Metodo val-
volare di CHAPUT* (2). Pratica tanto sullo stomaco che sull'intestino due incisioni ad H e ne riunisce i lembi con suture; il neopiloro risulta così costituito da una sufficiente apertura con due lembi mobili, anteriormente e posteriormente, il cui funzionamento è difficile a comprendersi anche ipoteticamente.

Metodo val-
volare di CHA-
PUT.

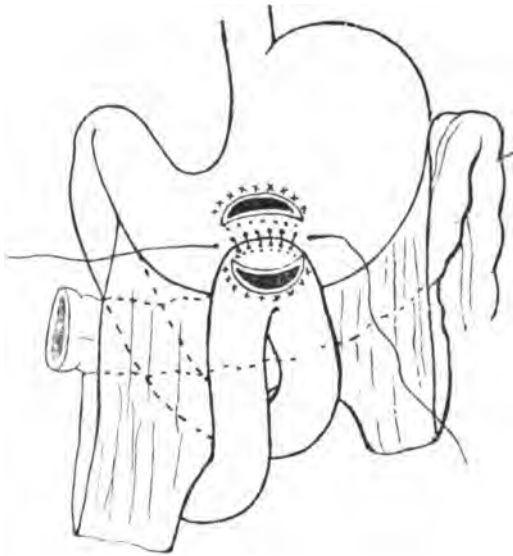


fig. 52. — KOCHER, Metodo valvolare.

Metodo di
SONNENBURG.

4.° *Metodo val-
volare di SONNEN-*

(1) KOCHER, Chirurgische Operationslehre, Iena, 1897.

(2) CHAPUT, Étude sur la gastro-enterostomie. Presse médicale, 1894.

BURG (1). Inciso l'intestino sulla sua faccia antimesenteriale e secondo il proprio asse, orla i bordi dell'incisione stessa con una sutura muco-sierosa a punti staccati, e taglia corti i fili. Pratica altrettanto sul ventricolo, ma taglia uno solo dei capi del filo, lasciando lungo l'altro: i diversi capi sono riuniti insieme. Allora, a due centimetri dalla incisione intestinale se ne pratica una seconda, attraverso la quale si tirano i fili, fatti passare nella prima apertura: con questa trazione i bordi della incisione stomacale s'invaginano nell'intestino, e i due organi vengono fissati in questa posizione con doppio piano di sutura: finalmente si tagliano i fili che fuoriescono dalla seconda apertura intestinale, e questa viene chiusa con suture. Secondo l'A., la valvola sarebbe costituita dai bordi stomacali invaginati.

Metodo val-
volare di FAU-
RE.

5.º Metodo valvolare di FAURE (2). Questo A. ha ideato d'invaginare nell'intestino una porzione conica della parete stomacale, la cui apertura verrebbe ad aprirsi di fronte alla bocca efferente, in modo da render necessario il deflusso in questa del contenuto stomacale, e difficile il riflusso della bile nel ventricolo (fig. 53).

Più recentemente lo stesso A. (3) ha proposto di praticare l'anastomosi proprio in corrispondenza della grande curvatura che è il punto più declive e favorevole per lo svuotamento

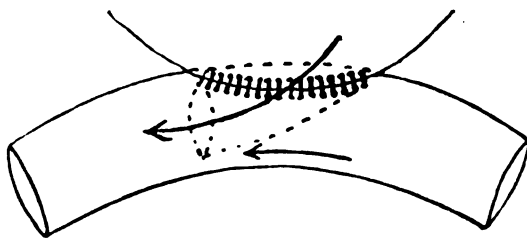


fig. 53. — FAURE, Processo valvolare.

dello stomaco: a tale scopo schiaccia l'epiploon con una robusta pinza per ottenere l'emostasi, quindi ne distacca, per il tratto necessario, l'inserzione sullo stomaco.

(1) SONNENBURG, in SCHRÖTTER, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1894, pag. 296.

(2) FAURE J. L., Sur un nouveau procédé de gastro-enterostomie par invagination. *XI Congr. Franc. de Chir. Mém. et disc.*, 1897, pag. 421.

(3) FAURE, J. L., Sur une modification a la gastro-enterostomie per invagination. *Revue de gynec. et de chir. abdom.*, 1898, t. II, pag. 81.

6.° *Metodo valvolare di SYKOW* (1). — Scelta l'ansa a 40 cm. dal ligamento di TREITZ, si svuota del contenuto, strisciandola tra due dita, per un tratto di circa 15 cm., alle cui estremità si pratica l'enterostasi con due lacci di seta: disposta l'ansa in senso isoperistaltico, si riunisce allo stomaco con alcuni punti a tutto spessore, comprendendo uno spazio rettangolare, il cui lato sinistro rimane aperto. Quindi si eseguono all'intorno due piani di sutura, e, prima di compierli, si penetra a sinistra con una forbice nello stomaco e nell'intestino, incidendo tra le suture praticate, senza interessarle. Finalmente il bordo libero della estremità afferente viene ristretto con punti sierosi alla maniera di DOYEN.

Metodo valvolare di SYKOW.

7.° *Metodo RUTKOWSKI* (2). — Per assicurare il deflusso degli alimenti nell'ansa efferente, il RUTKOWSKI propose di associare

Metodo RUTKOWSKI.

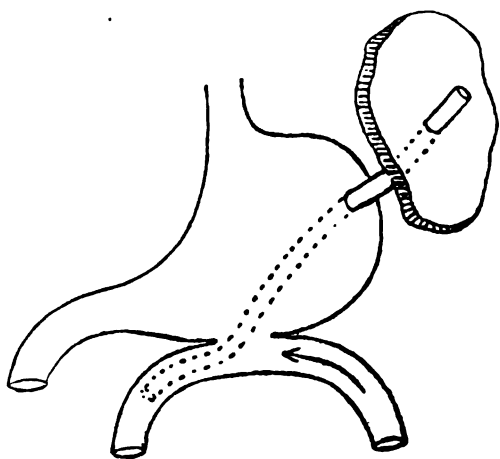


fig. 54. — Metodo RUTKOWSKI.

la gastro-enterostomia alla WÖFLER alla gastrostomia alla WITZEL, mediante la quale introduce un drenaggio attraverso il neo-piloro nell'ansa efferente (fig. 54). Dopo dieci giorni si allontana il drenaggio: la fistola si chiude in poco più di una settimana.

8.° *Metodo DUBOURG* (3). Questo A. pratica sempre la *gastro-enterostomia anteriore transepiploica mesocolica*. Egli ha fatto costruire una serie graduata di tubi di cautchouc rosso, assai molle, di 2 mm. di spessore, della lunghezza media di 3 cm., con un diametro che varia dal minimo di 10 mm. al massimo di 20 mm.: allo scopo di assicurare il de-

Metodo DUBOURG.

(1) SYKOW, Eine einfache methode zür gastro-enterostomie. *Archiv. klinis. Chir.*, Bd. 56, pag. 418.

(2) RUTKOWSKI, Zur Technik der gastro-enterostomie. *Centr. für Chirurgie*, 1899, pag. 1057.

(3) DUBOURG M., La gastro-enterostomie dans les stenoses simples du pylore, *XI Congr. de Chir. Paris*, 1897, *Mém. et disc.*, pag. 50.

flusso del contenuto stomacale nell'ansa digiunale, l'A. colloca uno di questi tubi sul neopiloro, nella maniera seguente :

« Fissato l'intestino allo stomaco con un primo piano di sutura siero-sierosa, parallelamente a questa e a qualche millimetro di distanza, incide prima l'intestino e poi lo stomaco per una estensione di due centimetri circa, e fa stringere i due orifizi così ottenuti fra le dita di un aiuto. Pratica quindi la sutura delle due mucose posteriormente e fa penetrare, prima nell'intestino e poi nello stomaco, il tubo di cautchouc, che porta un bordo saliente nella estremità inferiore, in guisa da impedire più tardi la sua caduta nello stomaco. Il tubo viene fissato alle due estremità della sutura muco-mucosa già fatta, per mezzo di due punti di catgut che passano attraverso le pareti del tubo stesso. Fissato questo, si continua anteriormente la sutura muco-mucosa, e si pratica quindi il secondo piano di sutura siero-sierosa. Il tubo non può, a cagione del suo bordo, essere spinto dentro lo stomaco, mentre, essendo fissato dai fili di catgut, non può cadere nell'intestino. Dopo qualche giorno, quando i fili hanno ceduto, il tubo cade nell'intestino, e l'anastomosi è perfettamente formata ».

L'A. dice che principale vantaggio di questo metodo è di assicurare, fino dal primo giorno, un passaggio bene aperto e permettere subito l'alimentazione del malato.

Allo stesso scopo il CHLUMSKY (1) adoperò piccoli cilindri vuoti di sostanze riassorbibili (patata, carota, ecc.), sperimentandoli nei cani con buon successo.

Metodo KRAFT.

9° Metodo KRAFT (2). Questo A., in un metodo di gastro-enterostomia posteriore trans-stomacale, si serve di un tubo di osso decalcificato munito di una sensibile scanalatura nel mezzo. Ecco i momenti principali dell'operazione :

Sollevalo il colon trasverso e riconosciuta l'ansa digiunale, questa si lega con un filo che si raccomanda ad una sonda di CHASSAGNAC. Praticata la breccia sul mesocolon, l'aiuto vi penetra con l'indice sinistro, spingendo lo stomaco dall'indietro allo innanzi, e facendone così protondere la parete anteriore. Questa viene incisa per 4 cm., ed i bordi fissati con 3 o 4

(1) CHLUMSKY, loc. cit.

(2) KRAFT L., *Revue de gynec. et de chir. abdom.*, Paris, t. V, 1901, pag. 963.

pinzette: la parete posteriore dello stomaco, spinta dal dito dell'aiuto, fa ernia nell'apertura praticata: si incide anche questa afferrandone i bordi e sollevandoli in modo da impedire assolutamente la fuoriescita del contenuto stomacale. A questo momento l'aiuto fa penetrare attraverso la breccia mesocolica la sonda che fissa l'ansa digiunale, e questa è tirata tra le labbra delle due incisioni stomacali. S'incide anche il digiuno, per cm. 3-3 1/2 circa, e si fissano, con quattro punti a tutto spessore, i bordi di questa incisione a quelli della apertura stomacale posteriore. Poscia s'introduce nel digiuno il tubo di osso decalcificato e, con un robusto filo di seta, gli si stringe attorno la parete intestinale e stomacale posteriore. L'anastomosi è allora compiuta. Si chiude la incisione anteriore dello stomaco con doppio piano di sutura, e si chiude l'addome.

Vantaggi del metodo, a quanto afferma l'A., sarebbero una grande rapidità di esecuzione e la possibilità di una alimentazione immediata, poichè il tubo di osso assicura il deflusso dallo stomaco nel digiuno. Inoltre presenta ancora « un vantaggio « considerevole, ed è che una asepsi completa può essere *assi- curata* per tutta la durata della operazione » (!).

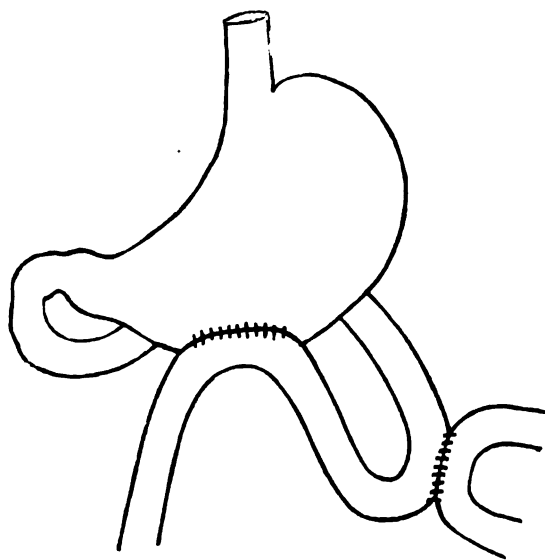


fig. 55. — LAUENSTEIN, Entero-enteroanastomosi. Ma l'A. stesso abbandonò in seguito tale metodo, riko-

10.º Metodo LAU-
ENSTEIN (1). — Que-
sto A. fu il primo a
suggerire la prati-
ca di un' anasto-
mosi tra la branca
afferente ed un'al-
tra ansa dell' inte-
stino tenue, allo
scopo di assicurare
lo svuotamento
della bile e del suc-
co pancreatico nel
tratto terminale
dell'intestino, evi-
tando il reflusso
nello stomaco (figu-
ra 55).

Metodo LAU-
ENSTEIN.

(1) LAUENSTEIN, *Centralblatt für Chirurgie*, 1891, n. 40.

noscendo che si è esposti a scegliere un'ansa troppo prossima al cieco (1).

Metodo BRAUN-JABOULAY.

11.° *Metodo* BRAUN-JABOULAY. — Ad evitare l'inconveniente del metodo LAUENSTEIN, il BRAUN (2) e lo JABOULAY (3) consigliarono di praticare una entero-enteroanastomosi tra branca afferente ed efferente (fig. 56) 10-15 centimetri più in basso della gastro-enteroanastomosi.

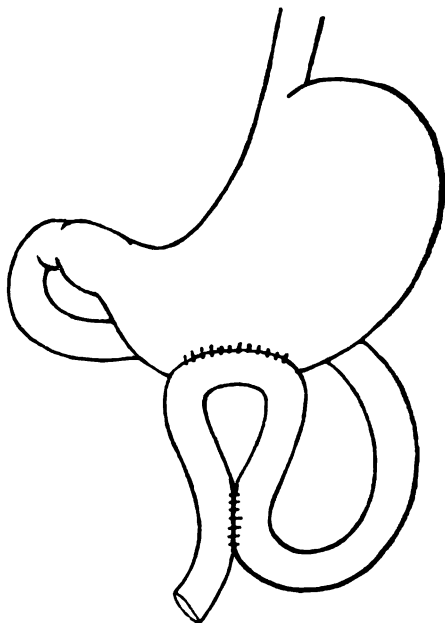


fig. 56 - BRAUN, Entero-enteroanastomosi.

Metodo CHAPUT.

12.° *Metodo* CHAPUT (4). — Sperimentando sui cani, il chirurgo francese, dopo praticata la entero-enteroanastomosi tra branca afferente ed efferente,

stringeva moderatamente il tratto afferente con una striscia di garza iodoformica, allo scopo di impedire il riflusso della bile nello stomaco. La figura 57, tolta dal citato lavoro, rappresenta l'ansa digiunale in posizione antiperistaltica.

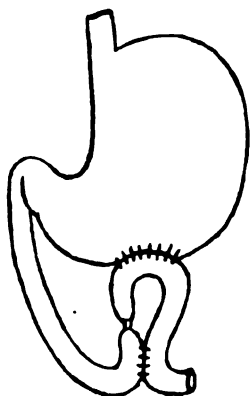


fig. 57. — CHAPUT, Restringimento dell'ansa afferente.

Metodo DOYEN - GALLET - LÜCKE.

13.° *Metodo* DOYEN-GALLET-LÜCKE (resezione della branca afferente). — Il DOYEN (5), in uno dei suoi molti metodi di gastro-enterostomia, propose di resecare la branca afferente tra la gastro-enteroanastomosi e la entero-enteroanastomosi, invaginandone i capi e chiudendoli con sutura (fig. 58).

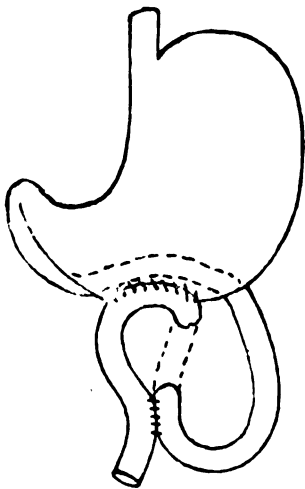
(1) LAUENSTEIN, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1896, XXIV, fs. 3-4.
 (2) BRAUN, Ueber gastro-enterostomie und Gleichzeitig ausgeführte Entero-Anastomose, *Archiv für klin. Chir.*, 1893, pag. 361.

(3) In CHLUMSKY, loc. cit., pag. 266.

(4) CHAPUT, *Technique et indications des operations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires*, Paris, 1892, pag. 152.

(5) DOYEN, *Revue de chirurgie*, 1897, pag. 1030.

Il GALLET (1) di Bruxelles giunge allo stesso risultato nel modo seguente: praticata la sutura posteriore gastro-intestinale,



apre il digiuno, e, attraverso questa breccia introduce nel tratto afferente e nell'efferente le due branche di una robusta pinza a cremagliera, alle cui estremità sono montate le due metà di un piccolo bottone di MURPHY a tubatura alta e tagliente. Basta stringere fortemente questa pinza perchè il bottone, perforando dall'interno verso l'esterno le pareti intestinali, si unisca e si chiuda strettamente, realizzando così l'entero-enteroanastomosi in brevissimo tempo. Ciò fatto si completa la gastro-

fig. 58. — DOYEN-GALLET, Re-digiunostomia coi due piani antero-
sezione dell'ansa afferente. riori di sutura, e finalmente si seziona l'ansa afferente fra due legature di catgut, s'invasinano i monconi e si chiudono con punti sierosierosi.

Il LÜCKE (2) ha studiato sperimentalmente la gastro-enterostomia con entero-enteroanastomosi e resezione dell'ansa afferente, e dice esser questo il metodo migliore e più sicuro.

14.º Metodo ad Y di WÖFLER (3). — Fino dal 1883 il WÖFLER, allo scopo di evitare il reflusso della bile e del succo pancreatico nello stomaco e assicurare lo svuotarsi di questo nell'ansa efferente, ideò, senza porlo in esecuzione, il seguente metodo: sezionare l'ansa digiunale, anastomizzare il tratto efferente sulla parete anteriore dello stomaco, e l'afferente con anastomosi termino-laterale, sull'efferente (fig. 59). Il WÖFLER temendo che potesse formarsi un restringimento in corrispondenza del punto in cui cade l'entero-enteroanastomosi, consigliava di restringere la bocca afferente, in modo da interessare con le suture una porzione limitata del tubo efferente.

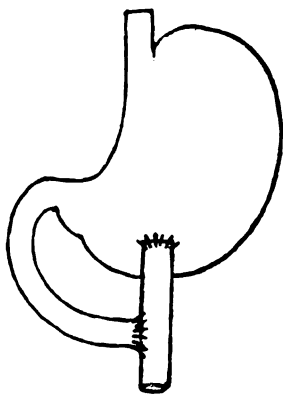
Metodo ad
Y di WÖFLER.

(1) GALLET, Un procédé rapide de gastro-enterostomie avec jejunostomie. *XII Congr. de Chir.*, Paris, 1898, *Bullett. et mém.*, pag. 299.

(2) LÜCKE, *Wiener klin. Wochens.*, XX, 1899. Rel. in *Annals of Surgery*, 1900, I, pag. 123.

(3) WÖFLER, *Centralblatt für Chirurgie*, 1893, pag. 42.

La stessa idea ebbe il MAYDL (1) che, eseguendo una digiunostomia, nel 1191, fissò il tratto periferico dell'intestino



Metodo ad
Y di Roux.

fig. 49. — WÖLFLE, Gastro-enterostomia anteriore ad Y.

sezionato alla pelle e impiantò il tratto duodenale sul periferico, allo scopo di avere il facile deflusso della bile e del succo pancreatico nell'intestino. Nel suo lavoro questo A. emise l'idea che tale metodo operatorio fosse applicabile alla gastro-enterostomia, anastomizzando il moncone periferico nello stomaco, invece che fissarlo alla pelle com'egli aveva praticato.

15.º Metodo ad Y di Roux. — Questo A. (2), fino dal 1893, comunicando al Congresso francese di chirurgia i risultati di alcuni interventi sullo stomaco, faceva rilevare gl'inconvenienti dei metodi di gastro-enterostomia ad anastomosi laterale, proclamandosi partigiano del metodo ad Y, con impianto della bocca efferente sulla parete posteriore dello stomaco.

Più tardi, in un lavoro speciale sull'argomento, il ROUX (3) così descrive il manuale operatorio:

« Sollevato il colon trasverso, disteso il suo mesocolon ed aperto questo largamente, si attira la parete posteriore dello stomaco, nella regione dell'antro pilorico, al di fuori del ventre, nel mentre che si prende e si riconosce il punto più alto del digiuno con la sua plica. A 15, 20, 30 o più centimetri dall'origine del digiuno, questo viene sezionato fra due lunghe e sottili pinzette del KOCHER, e l'incisione prolungata nel mesentere sino alla prima biforcazione arteriosa: si sceglie di preferenza per questa sezione un punto in cui possa essere la più lunga senza oltrepassare la prima arcata.

« L'estremità superiore del digiuno, con la sua pinzetta,

(1) MAYDL, *Wiener Med. Woch.*, 1892, n. 18-19, in TERRIER et HARTMANN, loc. cit., pag. 155.

(2) ROUX, *Remarques sur 14 gastro-enterostomies ecc. VII Congr. de Chir.*, Paris, 1893, *Mém. et disc.*, pag. 394.

(3) ROUX, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, Paris, 1897, pag. 37.

è allora coperta con una compressa di garza e posta da parte a sinistra. L'estremità inferiore è presa dall'aiuto che tiene lo stomaco al di fuori della breccia mesocolica, ed avvicinata dolcemente per mezzo della pinzetta, nel mentre l'operatore pone un primo piano di sutura siero-sierosa continua, con un ago da sarta, su ciò che sarà il bordo posteriore dell'apertura.

« Incisione della sierosa e muscolare stomacale secondo BARKER-JESSET: seconda sutura continua siero-muscolare. Apertura della mucosa stomacale, abrasione dell'intestino dietro la pinzetta del HOCHER, terza sutura continua sulla mucosa, tutto attorno. Sutura siero-muscolare profonda anteriore, poi siero-sierosa.

« Lo stomaco è allentato ed il meso ordinarjamente fissato nei bordi della sua breccia intorno al collareto gastro-intestinale mediante alcuni punti al catgut. Le suture principali sono fatte con seta. L'emorragia è quasi nulla: tre o quattro pin-

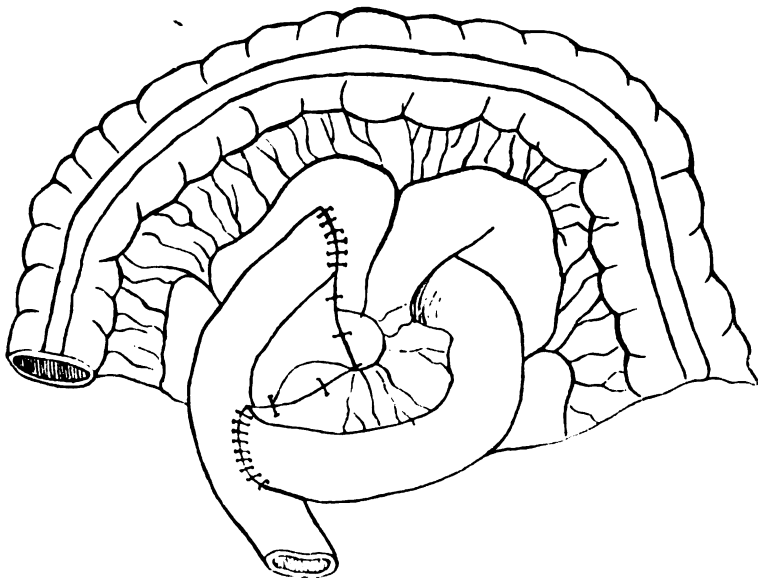


fig. 60. — Roux, Gastro-enterostomia ad Y.

zette ad estremità piatte comprimono i vasi che danno sangue al momento della incisione stomacale.

« L'incisione gastrica è parallela alla grande curvatura, ad un centimetro e mezzo circa.

« La riunione digiuno-digiunale si fa nello stesso modo: si sceglie, per quanto sia possibile, la faccia opposta al mesentero, e si ha cura di fare l'incisione molto più corta, in maniera da avere una comunicazione che somigli ad una grossa ampolla di VATER, piuttosto che ad una anastomosi ordinaria.

« La riunione digiuno-digiunale vien fatta a 10-12 cm. da quella gastro-digiunale (fig. 60) ».

Più recentemente il ROUX (1) raccomanda di praticare l'anastomosi digiuno-digiunale per tutta l'ampiezza della bocca afferente, ciò che pone al riparo da qualunque complicanza anche nel caso che, ristabilendosi la funzionalità del piloro fisiologico, lo stomaco si svuoti in gran parte da questo, ed il chimo torni a seguire la via del duodeno. Per questa ragione l'A. non consiglia servirsi dei piccoli bottoni di GALLET, che danno una apertura poco più grande dell'ampolla di VATER: avendoli adottati in due casi, dovette riaprire il ventre per ampliare la comunicazione digiuno-digiunale.

Due bottoni
MURPHY nel
metodo Roux.

Il POSTEMPSKI (2), nel 1898, praticò la gastro-enterostomia ad Y alla ROUX, servendosi di due bottoni di MURPHY, con successo.

Il TRICOMI, il D'ANTONA, il BUSACCHI, il CATELLANI ed altri operano sistematicamente due bottoni, operando alla ROUX.

Critica dei metodi operativi intesi a prevenire il circolo vizioso. — Molti dei metodi innanzi descritti, in specie quelli che possono raggrupparsi sotto l'appellativo di *valvolari*, si sono dimostrati insufficienti a raggiungere lo scopo che gli AA. si erano prefissi. Gli esperimenti sugli animali e l'osservazione clinica ed anatomo-patologica hanno dimostrato, in modo chiaro e convincente, che ogni specie di valvola, creata artificialmente dal chirurgo, finisce per scomparire in breve tempo, sia dedita dovuta ad un lembo di parete intestinale o ad una porzione di stomaco invaginata.

Alcuni di questi metodi poi hanno il difetto di disporre

(1) BOURGET-ROUX, La gastro-enterostomie, Paris, Masson Ed., 1902, pag. 42.

(2) POSTEMPSKY, Contributo alla chirurgia stomacale e gastro-enterostomia e digiuno-digiunostomia alla Roux eseguita con 2 bottoni di MURPHY. *Boll. della R. Accad. di Roma*, a. XXIV, 1898, pag. 465.

l'ansa in posizione viziosa, come quello valvolare del WÖFLER che colloca l'intestino in senso antiperistaltico, condizione questa già sufficiente di per sé stessa, come abbiamo veduto, a determinare i fenomeni di circolo vizioso.

Anche nel metodo del KOCHER l'ansa del digiuno va ad assumere una posizione assai favorevole al formarsi dello sprone, poichè è puramente teorico il concetto dell'A. sull'ufficio della valvola che dovrebbe favorire il funzionamento ideale della gastro-enteroanastomosi. Anzitutto è da discutersi la possibilità di scolpire una valvola sufficiente sulla parete di un intestino il più delle volte atrofico; ma, dato e non concesso che ciò sia possibile, nulla garantisce che questo lembo non possa ripiegarsi nella bocca afferente, diventando subito, oltre che inutile, anche dannoso: in questo caso lo sprone può determinarsi subito dopo l'atto operativo, con la caduta degli alimenti nel capo afferente e la impedita funzionalità del capo terminale. Che l'apertura trasversa del digiuno dia un neopiloro insufficiente, lo dimostra il caso riportato dal TAVEL (1); operato col metodo KOCHER il 22 novembre 1896 dal SICK di Amburgo, ad un 2° intervento, praticato dal MIKULICZ meno di due mesi dopo (16 gen. 1897), si rinvenne il neopiloro ridotto all'ampiezza di una comune matita, senza traccia della valvola.

Non spenderemo troppe parole a discutere gli altri metodi che si prefiggono di ottenere la pretesa valvola con un più o meno ipotetico invaginamento del bordo dell'apertura stomacale, limitandoci a constatare che dessi costituiscono soltanto dei lodevoli, ma altrettanto non riusciti, tentativi chirurgici.

L'idea di RUTKOSKI di associare la gastrostomia alla gastro-enterostomia non crediamo sia destinata ad un grande avvenire, perchè costituisce una complicazione non indifferente all'atto operativo, e, quanto ai benefici, non assicura che la possibilità della nutrizione attraverso la sonda, per i primi giorni, senza eliminare alcuno dei difetti della gastro-enterostomia antecolica anteriore.

Altrettanto può dirsi dell'idea del DUBOURG di fissare un tubo di cautchouc nel neopiloro, mediante due punti di catgut. Anzitutto è facile prevedere che il catgut, digerito in poche

(1) TAVEL, loc. cit., pag. 709.

ore, lascerà ben presto in libertà il tubo di gomma; in secondo luogo nulla impedisce al contenuto stomacale di cadere nell'ansa afferente piuttosto che nella efferente; finalmente l'apertura di due centimetri è assolutamente inadeguata ad una buona funzionalità consecutiva del neopiloro.

Le stesse obiezioni valgono per l'ardito metodo descritto dal KRAFT, ed applicato una sola volta dal DE FINE LICHT, che incontrò notevoli difficoltà di esecuzione e v'impiegò oltre un'ora, mentre l'A. assicura che deve compiersi in 10-12 minuti, tutto compreso. Siamo addirittura nel campo dello straordinario, specie allorchè si afferma che vantaggio considerevole del metodo è la *sicurezza* dell'asepsi, mentre, ad un dato tempo dell'operazione, il chirurgo ha fra le mani due aperture praticate sullo stomaco ed una sull'intestino!

L'anastomosi fra ansa afferente ed efferente, secondo BRAUN-JABOULAY, può arrecare invece dei reali vantaggi, ed è stata adottata con una certa larghezza, specie nei casi in cui si fu costretti ad un secondo intervento, per rimediare a gravi fatti di circolo vizioso. Però questo metodo non elimina in tutto gli inconvenienti lamentati, perchè il contenuto stomacale può cadere in tutto od in parte nell'ansa afferente, mentre la bile ed il succo pancreatico, seguendo i movimenti peristaltici del digiuno, continuano spesso a rifluire nello stomaco.

Lo CHAPT che pratica sui cani la legatura dell'ansa afferente con una lista di garza iodoformica, non ottiene che uno strozzamento insufficiente dell'ansa, a spese di una seria complicanza all'atto operativo, quale è la necessità di tenere aperto l'addome per un certo tempo, per lasciare che la garza compia l'incerta sua opera.

La resezione del tratto d'ansa afferente, compresa fra la gastro-enteroanastomosi e l'entero-enteroanastomosi (DOYEN-LUCKE), realizzerebbe invece tutti i vantaggi della gastro-enterostomia ad Y; ma, in pratica, non è priva d'inconvenienti. Oltre ai pericoli d'infezione dovuti alla sezione del digiuno, occorre un tempo non indifferente per chiudere a cul di sacco i due monconi, poichè non è prudente fidarsi di un semplice sovrappiglio sieroso-sieroso. Abbiamo sperimentato 3 volte sul cane un metodo simile, già proposto dal BONOMO (1), facendo però

(1) BONOMO, loc. cit., pag. 21.

precedere (ciò che è più comodo) la sezione digiunale e la chiusura dei monconi alla esecuzione delle due anastomosi: il moncone duodenale o afferente era voltato in basso (fig. 61) in modo che il contenuto duodenale si versava nel tratto efferente in direzione isoperistaltica.

Nel primo esperimento, avendo chiuso i monconi con un semplice soprappiglio sieroso-sieroso, si ebbe apertura del moncone dell'ansa efferente, inserito sullo stomaco, peritonite e morte dell'animale: nei due esperimenti consecutivi, chiudendo i capi con doppio piano di sutura, non avemmo a verificare inconvenienti, ma la durata dell'atto operativo ne fu notevolmente prolungata.

Abbiamo veduto come il ROUX sconsigli giustamente di servirsi del piccolo bottone di GALLET per l'entero-enteroanastomosi.

Il merito di aver fatto conoscere ed apprezzare la gastroenterostomia ad Y spetta al ROUX di Losanna, che, modificando il metodo ideato dal WÖLFLE, fu il primo ad applicarlo sull'uomo, ne perfezionò la tecnica operativa e se ne fece strenuo e fortunato sostenitore.

Indubbiamente il metodo ROUX offre grandi vantaggi su tutti gli altri che abbiamo descritti, perchè ristabilisce idealmente il circolo gastro-intestinale: lo stomaco si svuota direttamente nella bocca efferente, mentre la bile ed il succo pancreatico non possono rifluire nello stomaco stesso. Eliminando per ciò, con quasi certezza, il pericolo del vomito, gli operati si possono nutrire subito dopo l'atto operativo, ciò che non è vantaggio trascurabile, trattandosi d'infermi che, il più delle volte, sono ridotti ad un grado estremo d' inanizione.

Se si volesse però affermare che il metodo ROUX è entrato vittoriosamente nella pratica comune non si sarebbe nel vero. La ragione di ciò va ricercata principalmente nel fatto che la esecuzione di una doppia anastomosi terminale presenta una difficoltà tecnica notevolmente superiore a quella dell'anastomosi laterale, specialmente per chi, non troppo tenero am-

Doppia anastomosi laterale isoperistaltica, previa sezione del digiuno.

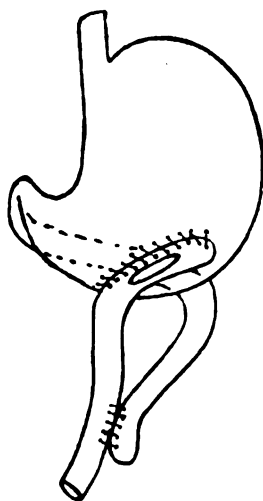


fig. 61. MATTOLI, Doppia anastomosi laterale, previa sezione del digiuno.

miratore del bottone di MURPHY, si ostini a ritenere che una sutura ben condotta sia il mezzo chirurgico più adatto e sicuro a raggiungere lo scopo.

Questa difficoltà di tecnica, riconosciuta del resto da valenti operatori come il CARLE ed il D'ANTONA (1), non giustificherebbe in tutto la preferenza data dalla maggior parte dei chirurghi ad altri metodi che, se di più facile esecuzione, non offrono i vantaggi del metodo ROUX.

Noi ci siamo invece persuasi che questo metodo non sia immune da inconvenienti, specie allorchè s'intervenga per fatti di stenosi pilorica datante da qualche tempo, e il tenue, per mancata funzionalità, si trovi ridotto, come spesso accade, ad un assai piccolo calibro. Eseguendo allora l'impianto terminale dell'ansa efferente sullo stomaco, con triplice strato di sutura, si avrà una bocca di scarico molto ristretta e addirittura insufficiente, e tanto peggio ove ci si voglia servire del bottone di MURPHY che, necessariamente assai piccolo, lascia, cadendo, un orifizio soggetto a restringersi per cicatrice (NIGRISOLI) (2).

Nè minore inconveniente si verifica, in tal caso, praticando l'entero-enteroanastomosi termino-laterale: la parete intestinale, interessata e stirata dalla sutura, darà luogo ad un restringimento notevole del lume dell'organo.

Inoltre la sezione trasversale dell'intestino, i di cui monconi debbono rimanere aperti per parecchio tempo, aumenta il pericolo d'infezione della cavità peritoneale.

L'ideale sarebbe dunque di facilitare la tecnica della gastro enterostomia ad Y, provvedendo in pari tempo alla possibilità di creare, in ogni caso, una larga comunicazione tra stomaco ed intestino, ed eliminando i pericoli inerenti alla sezione del digiuno. Questo triplice scopo ci sembra di aver raggiunto, impiegando un metodo che, prima da noi sperimentato più volte sul cane, ha avuto poi la sanzione clinica per parte nostra e del prof. C. MONGUIDI, chirurgo primario nell'Ospedale Maggiore di Parma. Ecco, brevemente, la descrizione del nostro metodo ad Y ad anastomosi laterale.

(1) CARLE, D'ANTONA, *Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia*, a. 1899, 13^a Ad., pag. XXXV.

(2) NIGRISOLI, *cod. loc.*

Gastro-enterostomia ad Y ad anastomosi laterale. — Laparotomia mediana e fissazione del peritoneo parietale ai bordi della incisione: sollevamento del colon trasverso, ricerca della prima ansa del digiuno, apertura del mesocolon; una plica della parete stomacale posteriore, in prossimità della grande curvatura, si fa uscire attraverso la breccia mesocolica, e vi si anastomizza, in posizione isoperistaltica, l'ansa digiunale prima scelta, a 25 cm. dal ligamento di TREITZ, come nel metodo VON HACKER, seguendo la tecnica da noi descritta. Esclusione dell'ultimo tratto dell'ansa afferente, per 12-15 cm., mediante invaginamento del bordo libero, con punti sieromuscolari. [Lo scopo si raggiunge perfettamente prendendo l'ansa fra il pollice ed il medio della mano sinistra, mentre l'indice introflette profondamente il bordo libero dell'intestino: con ago curvo munito di seta n. 0, s'interessa la sierosa e la

Metodo ad Y ad anastomosi laterale.



fig. 62. — MATTOLI, *Gastro-enterostomia ad Y ad anastomosi laterale.* — Invaginamento ed esclusione dell'ultimo tratto dell'ansa afferente.

muscolare sulla parte esterna delle due pliche formate dall'intestino introflesso, in punti diametralmente opposti, si stringe e si annoda il filo (fig. 62): per completare l'esclusione bastano 6-8 punti di sutura nodosa, che possono essere sostituiti da un sopraggitto]. Si pratica l'anastomosi laterale tra

ansa efferente ed afferente subito al di sotto del tratto escluso. La fig. 63 mostra l'operazione compiuta.

Con l'esclusione del tratto di ansa afferente, compreso tra le due anastomosi, si ottiene una gastroenterostomia posteriore ad Y ad anastomosi laterale, senza la necessità di sezionare trasversalmente il digiuno (DOYEN, GALLET, LUCKE), ciò che facilita notevolmente la tecnica, abbrevia l'operazione in confronto al metodo ROUX, e permette di stabilire una larga comunicazione tra stomaco ed ansa efferente: si sopprime così la possibilità del circolo vizioso, e si elimina ogni pericolo inerente alla sezione del digiuno.

In numerose esperienze sul cane adottammo questo metodo



fig. 63. — MATTOLI, *Gastro-enterostomia posteriore ad Y ad anastomosi laterale*. — L'operazione è compiuta.

sia praticando la gastro-enterostomia anteriore, sia la posteriore, e sacrificando gli animali dopo 15-30-60 giorni, constatammo che il tratto di digiuno escluso si mantiene fuori di funzione, stabilendosi una larga adesione tra le faccie sierose della parte ripiegata, e la formazione di un cuneo che sporge nel lume intestinale e trasforma la cavità in una linea con la forma di U (fig. 64), che rinvenimmo sempre vuota, con poco muco filante.



fig. 64. — Sezione trasversale del tratto digiunale escluso.

Il prof. C. MONGUIDI, di Parma, volle cortesemente praticare questo metodo in un caso di stenosi pilorica cicatriziale: l'operazione procedette speditamente ed i postumi operatori non avrebbero potuto desiderarsi migliori. Non si ebbe mai vomito, nè nausea, nè ristagno del contenuto stomacale, e la nutrizione con liquidi fu iniziata appena poche ore dopo l'atto operativo: la malata guarì rapidamente, aumentando di peso, e il sondaggio dello stomaco, sia a digiuno che dopo il pasto, dimostrò l'assenza assoluta della bile.

Noi stessi applicammo il metodo in un caso di stomaco a clepsidra, in cui estese aderenze della parete posteriore dello stomaco ci costrinsero a praticare la gastro-enterostomia anteriore. Trascriviamo la storia clinica.

OSSERVAZIONE VIII. — *Stomaco a clesidra acquisito.* — *Gastroenterostomia antecolica ad Y ad anastomosi laterale.* — *Guarigione.* — *Esito funzionale ottimo.*

Romualdi Maria, di anni 55, contadina di Tolentino, entra in ospedale il 22 ottobre 1901.

Anamnesi. — Nulla d'interessante. Ebbe una pneumonite. Mestruò a parti normali e due aborti. Il paziente non ebbe a soffrire pa- precoce. I primi fastidi a sa- anni or sono. In principio 15 esacerbantesi alla pressione o, mente prima o dopo il pas- 3- pane, sembrava mitigarsi al di violento. Gli accessi dolorifici più i. da periodi di calma più o me- i. La paziente si sottomise più le prescrizioni che le vennero ei anni or sono ai dolori si ag- o.

Da sei mesi i disturbi a- i- menta notevolmente dopo l'i- ia

sempre in corrispondenza dell'ipocondrio sinistro, irradiandosi posteriormente verso la colonna vertebrale, e localizzandosi poi nell'epigastrio, un po' più a sinistra della linea mediana. Dopo il vomito il dolore diminuisce; ma non scompare. Se il vomito non avviene, dopo qualche ora il dolore sembra spostarsi alquanto verso destra. La dieta liquida assoluta non ha recato notevole giovamento all'inferma. Da più anni si ha stipsi ostinata: feccie a scibale.

Esame obiettivo. — Costituzione scheletrica regolare, masse muscolari e pannicolo adiposo scarsi, mucose visibili pallide. Organi toracici sani.

All'ispezione dell'addome si vede la regione epigastrica pianeggiante; scrobicolo ed arcate costali abbastanza visibili. La palpazione riesce dolorosa sull'epigastrio e l'ipocondrio sinistro, ma più specialmente in un punto situato a quattro dita trasverse al di sotto dell'appendice ensiforme, alquanto a sinistra della linea mediana; nè qui nè altrove si riesce a palpare tumefazione alcuna. Però esercitando una pressione piuttosto prolungata sul punto dolente, si percepisce chiaramente un rumore di gorgoglio, che è più caratteristico allorchè si gonfia lo stomaco con le polveri di FRERICHS. La percussione non dimostra un notevole aumento della zona gastrica in basso: a sinistra si ha suono timpanico fino al prolungamento



ebbe
parti
pa-
sa
15
o,
3-
di
iù
iti
i.
le
ei
o.
i-
ia

della linea ascellare anteriore, a destra fino alla linea mammillare prolungata. Gonfiando lo stomaco variano di poco i limiti indicati. Praticando la gastrolusi non si riesce mai a svuotare lo stomaco: subito dopo il sondaggio si può infatti percepire quasi sempre il rumore di guazzamento.

L'esame del vomito e del pasto di prova dà presenza di scarsa quantità di acido cloridico libero.

Orine normali.

Per le notizie anamnestiche che, malgrado la mancanza di ematemesi, fanno pensare a ripetuti processi ulcerativi dello stomaco, per la localizzazione del dolore a sinistra, per il distinto rumore di gorgoglio sul punto maggiormente doloroso, per la persistenza del rumore di guazzamento dopo il sondaggio gastrico, faccio la seguente

Diagnosi: stomaco a clepsidra acquisito, per cicatrici da pregresse ulcerazioni.

Propongo l'intervento chirurgico che viene accettato con entusiasmo dalla paziente.

Atto operativo. — 24 ottobre 1901. (MATTÒLI). — Cloroformizza il dott. LODOVICI, previa iniezione morfina: mi assistono i colleghi CONTI, PUCCIARELLI e GIULIO MARCORELLI. Laparotomia mediana da 2 dita trasverse sotto l'appendice sifoide fino alla cicatrice ombelicale. Esplorando lo stomaco sulla faccia anteriore, si vede subito un cingolo di aspetto cicatriziale che, aderendo in alto alla faccia concava del lobo sinistro del fegato, strozza il viscere nella sua parte mediana, dividendolo in due saccoccie, di cui la superiore o cardiaca è due volte più grande della inferiore o pilorica. La saccoccia cardiaca si nasconde quasi completamente sotto l'arcata costale: le due tasche comunicano per un'apertura per cui passa comodamente l'indice che invagina la parete stomacale anteriore: nel punto in cui il cingolo cicatriziale aderisce al fegato, in corrispondenza della piccola curvatura, si palpa una placca dura della grandezza di una moneta da due lire. Anche il piloro è fissato al fegato per estese aderenze infiammatorie ed è duro al tatto. È impossibile tirar fuori il ventricolo per valide ed estese aderenze della sua faccia posteriore. Questa ultima condizione rendendo impossibile la gastro-enterostomia posteriore, mi decido per il metodo antecolicco ad Y con anastomosi laterale.

Scelta l'ansa digiunale a 55-60 cm. dal ligamento di TREITZ, la faccio passare al dinanzi del colon in alto ed a sinistra e l'anastomizzo alla parte più declive della saccoccia superiore o cardiaca del ventricolo, seguendo in tutto la tecnica dianzi descritta. Le due anastomosi sono compiute con due piani di sutura, siero-sieroso e

siero-muscolare: l'esclusione del tratto afferente si ottiene rapidamente con otto punti di sutura nodosa siero-muscolare.

L'atto operativo dura complessivamente ore 1.10; ma almeno 15 minuti sono stati impiegati in tentativi per liberare lo stomaco dalle aderenze, allo scopo di poter praticare la gastro-enterostomia posteriore.

Decorso postoperativo. — È favorevolissimo. Mai vomito nè disturbi di sorta a carico dello stomaco. Dodici ore dopo l'atto operativo s'incomincia la nutrizione con liquidi. La ferita cicatrizza per prima intenzione e la malata esce dall'ospedale il 10 novembre, 16 giorni dopo operata, completamente ristabilita, mangiando la dieta comune. Il sondaggio dello stomaco, così a digiuno che dopo il pasto, dimostra l'assenza di bile.

In questo caso clinico, che presenta uno speciale interesse per l'indicazione e per la diagnosi che ci fu possibile di formulare prima di aprire l'addome, il metodo riuscì veramente



fig. 65. — MATTÒLI, Osservazione VIII: stomaco a clepsidra, gastro-enterostomia anteriore precolica ad Y ad anastomosi laterale.

utile. Data l'altezza e la posizione a cui fu necessario portare l'ansa digiunale (vedi fig. 65), una semplice gastro-enterostomia

alla WÖFLER avrebbe dato luogo, quasi certamente, ai più gravi fenomeni di circolo vizioso, essendo assai probabile la formazione dello sprone, per la gomitura dell'ansa afferente in prossimità dello stomaco.

Noi crediamo che questo metodo possa rendere dei reali servigi, specie in tutti quei casi in cui si è costretti a praticare la gastro-enterostomia antecolica, e, ad ogni modo, lo crediamo preferibile a quello di ROUX, perchè ne realizza i vantaggi, eliminandone gli inconvenienti.

CAPITOLO VII.

Della scelta del metodo operativo. — Sutura o bottone? — Osservazione 9^a.
Trattamento postoperativo, complicanze della gastro-enterostomia. —
Osservazione 10^a.

DELLA SCELTA DEL METODO OPERATIVO.

Per il POSTEMPSKI (1) « la scelta del metodo operativo è una questione puramente subbiettiva di chi opera. Possono ottenersi buoni e duraturi risultati con i processi più svariati, ed anche con processi che, a tutta prima, sembrerebbero illogici ».

Scelta del
metodo operativo.

Questa affermazione dell'egregio chirurgo romano trova giustificazione nel fatto che, anche oggi, dopo venti anni di pratica della gastro-enterostomia, operatori illustri danno la preferenza a metodi che altri chirurghi, non meno valenti, si sono indotti a ripudiare. Ma se è vero che gli uni e gli altri possono vantare dei successi buoni e duraturi, è dovere della critica esaminare obbiettivamente i pregi ed i difetti di ciascun metodo, e, ponendo a raffronto i risultati favorevoli e gl'insuccessi, trarne giudizi che valgano ad illuminare i pratici.

Così non ci sembra giusto il ritenere che « un solo processo non possa adattarsi a tutti i casi, e che, a seconda dell'opportunità, valga più un processo che gli altri ». Le ragioni che c'indurranno a preferire un metodo operativo, basato principalmente sulla speditezza della esecuzione e sulla garanzia di una buona funzionalità del neopiloro, dovranno necessariamente valere in tutti i casi in cui ci accingeremo a praticare la gastro-enterostomia. Se un processo è buono lo si deve adottare ugualmente in un caso di cancro o di stenosi cicatriziale del piloro, e soltanto condizioni patologiche tutto affatto

(1) POSTEMPSKI, *R. Accademia Medica di Roma*, a XXIV, 1898, Atti, pag. 472.

speciali, come ad esempio l'infiltrazione cancerigna od estese aderenze della parete posteriore del ventricolo, potranno costringere un partigiano dei metodi posteriori a subire la necessità di una gastro-enterostomia anteriore.

Dicemmo più innanzi che i metodi anteriori-precocici (WÖLFLE-FLER-DOYEN) hanno perduto molto terreno nella pratica, cedendo il posto ai metodi posteriori (HACKER-ROUX). Così il DURANTE, il D'ANTONA, il CARLE, il CECCHERELLI, il GIORDANO e moltissimi altri hanno abbandonato il metodo del WÖLFLE-FLER per adottare sistematicamente quello di von HACKER, mentre il TRICOMI, il POSTEMPSKI, il BUSACCHI, il CODIVILLA, il CATELLANI preferiscono il metodo del ROUX.

Non mancano del resto, anche oggi, i sostenitori del metodo WÖLFLE-FLER, ed il MIKULICZ (1) lo proclama tuttavia metodo da preferirsi, perchè *più semplice e più facile*. Se questa affermazione può valere in confronto al processo ROUX, non possiamo ritenerla altrettanto giusta in confronto al metodo di von HACKER. Abbiamo dimostrato come, seguendo una tecnica sistematica, la gastro-enterostomia transmesocolica posteriore si può compiere rapidamente, fuori dell'addome, impiegando un tempo certamente non superiore a quello necessario per la gastro-enterostomia anteriore: e ciò si capisce facilmente quando si pensi che i diversi momenti dell'atto operativo sono identici per i due processi, se si fa eccezione per l'apertura da praticarsi sul mesocolon, nel metodo posteriore, ciò che richiede meno di un minuto. Adottando invece il metodo antecolico del DOYEN, che trovò una certa fortuna tra i chirurghi italiani — ed i cui risultati immediati sono, per verità, assai migliori che nel metodo WÖLFLE-FLER — la durata dell'operazione è certamente maggiore. Fa per ciò una curiosa impressione il leggere che chirurghi valenti, partigiani dichiarati del metodo von HACKER, dovendo, in casi speciali, *far presto*, si attennero al metodo WÖLFLE-FLER: ed è anche meno spiegabile la condotta di quelli che adottano un metodo posteriore quando l'indicazione all'intervento sia data da una lesione benigna, e riserbano la gastro-enterostomia anteriore ai cancerosi che, esauriti e cachettici, debbono aspettarsi il beneficio da un funzionamento ideale del

(1) In CHLUMSKY, loc. cit., 1900.

neopiloro, e non sono in grado di sostenere la lotta contro il regurgito, tanto frequente nei metodi anteriori.

Il circolo vizioso è, come vedemmo, una brutta prerogativa dei metodi ad anastomosi laterale: ma quale differenza — nella frequenza e gravità di tale complicazione — tra i processi anteriori ed i posteriori! Nella nostra statistica troviamo che la morte fu dovuta 22 volte al circolo vizioso: orbene, 21 casi riguardano i metodi del WÖLFLENER e del DOYEN (AGOSTINELLI, BIGI, CARLE, G. CAVAZZANI, CODIVILLA, CRESPI, DE SANCTIS, DURANTE, FARINA, MANARA, MAZZONI, MONGUIDI, ORECCHIA, SEGANTI, VINCINI) ed uno solo il metodo VON HACKER (CASUCCI). Inoltre il CARLE osservò in 5 dei suoi operati col metodo WÖLFLENER gravi fatti di circolo vizioso, e l'autopsia dimostrò un impedimento allo svuotarsi dello stomaco, per il qual fatto gl' infermi avrebbero dovuto forse soccombere, se avessero superato la prima prova.

Su questo punto non è dunque possibile il confronto tra il metodo di HACKER e quelli di WÖLFLENER e DOYEN.

Nè il suggerimento del MIKULICZ (1) e del LINDNER (2) di aggiungere sistematicamente al metodo WÖLFLENER la entero-entero-anastomosi alla BRAUN è tale da rassicurarci completamente, come vedemmo, sulla buona funzionalità del neopiloro, mentre richiede un notevole aumento di tempo nella durata dell'atto operativo.

È quindi completamente giustificato, a nostro modo di vedere, il favore accordato dai pratici al metodo VON HACKER: 47 dei 79 chirurghi italiani, che ci hanno favorito il loro contributo statistico, preferiscono questo metodo e lo adottano *sistematicamente in ogni caso*.

Il CHLUMSKY dice che non ha trovato differenza tra i risultati del metodo posteriore ed anteriore e che, se il metodo HACKER ha la mortalità un po' minore, questo non ha valore, perchè col metodo WÖLFLENER vennero operati i casi più gravi.

Questa considerazione non può riguardare la nostra statistica la quale comprende, in massima parte, i risultati di chirurghi che adottano esclusivamente, in ogni caso, il metodo posteriore.

(1) In CHLUMSKY, loc. cit., pag. 294.

(2) LINDNER, 29° Congr. della Soc. Ted. di Chir., 18-21 apr., 1900. *Semaine médicale*, n. 18, pag. 145.

Noi abbiamo raccolto i seguenti dati:

Metodo WÖLFLE: Operati **268**. — Guariti **195**. — Morti **73**. — Mortalità: 27,24 %.

Metodo HACKER: Operati **519**. — Guariti **427**. — Morti **92**. — Mortalità: 17,72 %.

Il metodo WÖLFLE dà dunque una mortalità di circa il 10% superiore a quella del metodo VON HACKER.

Invece il metodo DOYEN, adottato in 82 casi soltanto, ha una mortalità del 15,18%; malgrado ciò i risultati funzionali sono spesso imperfetti e lo stesso DOYEN è divenuto fautore di altri processi operativi.

Noi crediamo che, in un prossimo avvenire, i metodi anteriori saranno riservati a casi puramente eccezionali, allorché speciali circostanze impediranno al chirurgo di praticare la gastro-enterostomia posteriore.

Il metodo ad Y del ROUX ha trovato in Italia, più che altrove, autorevoli sostenitori. Teoricamente questo metodo è, fra tutti, certamente il migliore, perchè ristabilisce in modo fisiologico le condizioni del circolo gastro-intestinale, ed evita il pericolo del regurgito. Ma la doppia anastomosi termino-laterale richiede, per essere compiuta, un tempo notevolmente maggiore di quello che occorre per una gastro-enterostomia alla VON HACKER. Il ROUX impiega dai 50 ai 60 minuti per il metodo ad Y, praticando le due anastomosi con la sutura; ma è lecito credere che la durata di questa operazione possa anche essere, per altri, molto maggiore, quando HABERLIN (1) dichiara di avervi impiegato due ore, adottando un bottone di MURPHY. Il TRICOMI (2) che pratica sistematicamente la gastro-enterostomia ad Y con due bottoni di MURPHY, compie la doppia anastomosi in un tempo che varia dai 40 ai 45 minuti. Il CODIVILLA (3) impiega per il metodo ad Y meno di un'ora, non ostante che la riunione dei bordi delle anastomosi sia assicurata da tre piani di sutura.

(1) HABERLIN, Casuistiche zur Magen Chirurgie. *Munch. med. Wochens.*, 1901, n. 9, pag. 332.

(2) TRICOMI prof. E., Contributo clinico al processo ROUX nella gastro-enterostomia. *Archiv. ed Atti della Soc. Ital. di Chir.*, XIII Ad., 1899, pag. 186.

(3) CODIVILLA, loc. cit., pag. 40.

Comunque la durata del metodo ad Y è almeno doppia di quella del metodo VON HACKER, che può esser compiuto, mediante due o tre piani di sutura, in meno di venti minuti. Senza voler dividere i terrori esagerati di coloro che fanno consistere in 2 minuti di più o di meno la salvezza di un operato di gastro-enterostomia, la differenza tra i due metodi è troppo notevole perchè non debba tenersi in seria considerazione.

Ma un altro inconveniente non meno grave del metodo ad Y è, come dicemmo, quello di non permettere, assai spesso, la creazione di un neopiloro sufficientemente ampio, a causa delle condizioni speciali dell'intestino tenue, in molti degli individui affetti da stenosi pilorica: lo stesso ROUX (1) mostra di preoccuparsi di questo inconveniente e suggerisce di chiudere a cul di sacco il tratto efferente del digiuno, anastomizzandolo poi lateralmente allo stomaco. Il CARLE (2), in un caso di gastro-enterostomia ad Y, in cui aveva praticato la gastro-enteroanastomosi con sutura, ebbe difficile svuotamento del ventricolo per prollasso della mucosa gastrica nella bocca efferente, e dovette intervenire una seconda volta addossando l'ansa allo stomaco ed ampliando il neopiloro.

Questi inconvenienti vengono affatto eliminati col nostro processo di gastro-enterostomia ad Y ad anastomosi laterale, che ci sembra preferibile in tutti i casi in cui le forze del malato permettano il prolungarsi dell'atto operativo per 40-45 minuti, cioè per un tempo uguale a quello che i più abili operatori impiegano per completare il processo di ROUX, servendosi di due bottoni di MURPHY.

Riserbando la varietà antecolica del nostro metodo a quei casi in cui la faccia posteriore del ventricolo è inaccessibile o cancerosa, noi ci proponiamo di praticare anzitutto la gastro-enterostomia transmesocolica posteriore alla VON HACKER, per mezzo della sutura, e, tutte le volte che le condizioni dell'operando non siano allarmanti, completeremo il nostro processo ad Y ad anastomosi laterale.

La possibilità di limitare l'intervento alla sola gastro-enterostomia laterale, nel caso in cui le condizioni del malato divengano minacciose, costituisce pure un vantaggio non trascurabile del me-

(1) ROUX, *La gastro-enterostomie* ecc., 1902.

(2) CARLE, Vedi statistica.

todo da noi proposto su quello di ROUX, poichè in questo, una volta praticata la sezione dell'ansa digiunale, occorre, ad ogni costo, completare le due anastomosi.

La nostra statistica comprende 140 casi operati col metodo ROUX, di cui 36 soltanto per *cancro* e 104 per *lesioni benigne*: malgrado ciò, la mortalità raggiunge il 18,57 per cento, ed è, sia pure per poco, superiore a quella del metodo HACKER (17,79 %), per quanto 208, fra i 517 operati con questo metodo, fossero cancerosi.

Infatti la mortalità degli operati per *lesioni benigne*, raggiunge nel metodo ROUX il 16,34 %, e nel metodo HACKER è solo dell' 8,38 %.

Discutiamo ora del mezzo più adatto e sicuro per ottenere una sufficiente anastomosi gastro-intestinale.

Sutura o bottone? — Il bottone anastomotico, proposto dal MURPHY nel 1891, dovrebbe presentare, secondo i suoi partigiani, i seguenti vantaggi sui metodi di sutura:

- 1.° La *facilità* e la *rapidità* della esecuzione.
- 2.° La possibilità di alimentare i malati subito dopo il sonno anestetico.
- 3.° La mancanza di retrazione cicatriziale del neopiloro.
- 4.° La possibilità di utilizzare il bottone nei casi in cui la sutura è impossibile a causa di aderenze o per lesioni cancerigne molto estese.

Pretesi vantaggi del bottone di MURPHY.

Facilità di applicazione.

La *facilità* dell'applicazione è affatto relativa all'abilità di chi opera: noi vediamo infatti che i migliori risultati col bottone sono ottenuti da chirurghi valenti e bene esperti anche nel maneggio dell'ago. Non basta applicare il bottone: bisogna applicarlo bene. Il PETERSEN (1) sostiene appunto che il bottone di MURPHY richiede un'abilità uguale se non superiore della pratica della sutura, e che non va quindi considerato come una *semplificazione*, ma sibbene come un *perfezionamento* della tecnica. Noi che non siamo affatto teneri ammiratori della *macchina* americana, riteniamo per fermo che i risultati sarebbero migliori se chi deve praticare l'anastomosi si affidasse un poco meno alla *facilità* della esecuzione.

La *rapidità* dell'anastomosi col bottone è universalmente

(1) PETERSEN, *Semaine médicale*, 1900, pag. 146.

riconosciuta; ma, quando per far *presto* non si voglia trascurare di far *bene*, la durata dell'atto operativo non è di molto inferiore all'anastomosi praticata con doppio piano di sutura. Per il CARLE, che ha la statistica più numerosa e brillante in favore del bottone, la durata media dell'operazione coll'apparecchio di MURPHY è di 20-25 minuti, ed in casi di urgenza 15 minuti. È lecito supporre che altri, i quali non abbiano la pratica del CARLE, impiegheranno un tempo sensibilmente maggiore; ma, prendendo pure per media i 25 minuti, noi troviamo che si può, in altrettanto tempo, compiere agevolmente la gastro-enteroanastomosi con doppio o triplo strato di sutura. Il GIORDANO (1), con sutura continua a tre stati, ha potuto praticare gastro-enterostomie in 20 minuti, impiegando però in media 29 minuti, compresa la incisione e la riunione delle pareti addominali. Noi stessi non impieghiamo normalmente un tempo maggiore (specie usando la nostra pinza enterostoma) per compiere una gastro-enterostomia posteriore, con doppio strato di sutura continua. Il TUFFIER (2) adotta esclusivamente la sutura che non gli impedisce di far presto, impiegando per l'operazione (m. HACKER) 20-25 minuti. La differenza di durata tra l'esecuzione della sutura e l'applicazione del bottone è dunque minima, e non oltrepassa i 5-10 minuti al massimo.

Rapidità di
esecuzione.

Ora noi neghiamo che in un malato, per quanto debole ed inanita, questa piccola differenza di tempo possa produrre le più fatali conseguenze: una ipodermoclisi od una iniezione eccitante ci permetteranno di scegliere il mezzo di anastomosi più sicuro, anche in considerazione della possibilità che ci dà la sutura di alimentare il malato nelle prime ore dopo l'atto operatorio. Il TRICOMI (3), a proposito della resistenza degli operandi, dice: « Se le condizioni dell'infermo sono tali da non poter sopportare l'atto operativo, miglior partito è di non operare: se invece può sopportarlo, 10 minuti più, 10 meno non aggravano o aggravano molto poco ».

La possibilità di alimentare gli operati subito dopo il sonno anestesico è data dalla sutura meglio che dal bottone. ROUX (4)

(1) GIORDANO, Considerazioni intorno ad alcuni casi ecc., *Riv. Ven. di Scen. Med.*, marzo 1900.

(2) TUFFIER, 12° Congr. de Chir., Paris, 1898, *Mém. et disc.*, pag. 311.

(3) TRICOMI, Soc. Ital. di Chir., 13° Ad. 1899, pag. 187.

(4) ROUX, Dixième Congr. de Chir., Paris, 1896, *Mém. et disc.* pag. 431.

Possibilità di una alimentazione precoce degli operati.

il quale giudicava che « i bottoni valgono meglio di una sutura « mal fatta, ma assai meno di una sutura ben fatta », ritiene appunto che la grande superiorità della sutura sul bottone è di permettere la sollecita alimentazione degli operati. È evidente che la larga apertura che può ottenersi con la sutura provvederà al passaggio del contenuto stomacale assai meglio dello stretto foro centrale del bottone: per di più, al momento del distacco del bottone stesso, questo si mobilizza, non infrequentemente, soltanto da un lato, e, volgendosi di fianco, produce occlusione temporanea del neopiloro, determinando vomiti ripetuti fino a che il distacco non è completo. Noi abbiamo veduto insorgere il vomito, in operati col bottone, all'ottavo-decimo giorno dopo l'atto operativo, e continuarsi per 2 o 3 giorni, fino a che il bottone cadeva nello stomaco o nell'ansa efferente.

Manca la retrazione cicatriziale del neopiloro?

La mancanza di retrazione cicatriziale del neopiloro non è dimostrata non solo; ma si hanno fatti che testimoniano il contrario. Il NIGRISOLI (1) riferiva, al Congresso di Torino del 1898, che, sezionando cadaveri di antichi operati di gastro-enterostomia col bottone, aveva trovato cicatrici regolari, lisce, ma orifizi piccolissimi, quantunque avesse usato grossi bottoni: in un caso questo piccolo orifizio era anche ristretto da una specie di valvola. Il BASTIANELLI (2) dovette rioperare un individuo cui altro chirurgo aveva praticato, qualche tempo innanzi, la gastro-enterostomia ad Y col bottone: rinvenne una forte stenosi cicatriziale del neopiloro. Il CATTERINA (3), all'autopsia di un suo operato di gastro-enterostomia col bottone (m. HACKER), trovò, dopo cinque mesi, il neopiloro notevolmente ristretto con una specie di valvola che ne impediva il funzionamento. Il KEHR (4) dovette intervenire nuovamente in un individuo da lui operato, un anno innanzi, di gastro-enterostomia col bottone, constatando che il neopiloro era divenuto *impermeabile*. Il REISKE (5) segnala un caso perfettamente analogo, constatato in un operato dello CZERNY, e finalmente il FERRARI di Parma

(1) NIGRISOLI, *La Clinica chirurgica*, 1898, pag. 454.

(2) Vedi Statistica.

(3) Vedi Statistica.

(4) KEHR, 29° Congr. della Soc. Ted. di Chir., *Semaine médicale*, 1900, pag. 145.

(5) REISKE, *Beiträge z. klin. Chir.* XXVII, 3, in *Semaine médicale*, 1901, pag. 167.

possiede pezzi anatomici, che noi abbiamo potuto osservare per sua cortesia, in cui l'orifizio lasciato dal bottone è appena permeabile ad una minugia.

Il prof. ALESSANDRI (1), in un geniale ed importante lavoro clinico-sperimentale sulle anastomosi intestinali, eseguì l'esame istologico di pezzi ottenuti sperimentalmente, ed ebbe i seguenti risultati: « 1.° nella sutura circolare a punti staccati, o continua sul tubo di pasta, perfettamente continua la mucosa che presenta soltanto una minore altezza in corrispondenza del cingolo di riunione, la sierosa ispessita ancora manifestamente, e le muscolari assottigliate nel punto di anastomosi, tanto da mettersi in contatto semplicemente per tessuto connettivo intestinale però molto scarso; 2.° nel bottone di MURPHY l'orizzontalità delle tuniche è perfetta come nella sutura semplice e la cicatrice lineare, ma, sul punto d'anastomosi, la mucosa è molto più bassa e per un tratto più largo che non in quella, e il connettivo sotto di questa cementante le tonache muscolari è più ricco e abbondante ».

Noi crediamo eccezionalissimi i casi in cui, per aderenze assai estese o infiltrazioni cancerigne diffuse, non sia possibile adottare la sutura. Uno stomaco aderente può esser sempre liberato per il tratto necessario all'impianto dell'ansa intestinale, e se il cancro ha tanto invaso il viscere da lasciare appena lo spazio necessario per l'applicazione del bottone, la cachessia controindicherà l'atto operativo.

Ci sembra d'averne, a questo punto, sufficientemente dimostrato come i pretesi vantaggi del bottone anastomotico si riducono a ben poca cosa, in ispecie riguardo alla facilità ed alla rapidità della sua applicazione, che sono i pregi principali su cui insistono maggiormente i suoi sostenitori. Passiamo ora in rassegna gl'inconvenienti che gravano sul bilancio passivo del bottone di MURPHY:

- a) Nell'applicare il bottone possono occorrere incidenti più o meno seri che aggravano o prolungano l'atto operativo;
- b) Il bottone, cadendo, può dar luogo ad emorragia mortale;
- c) Al momento del distacco le aderenze sono talora tanto

Inconvenienti
del bottone.

(1) ALESSANDRI prof. R., Studio clinico e sperimentale sulle anastomosi intestinali a mezzo dei bottoni e dei sostegni meccanici. *Atti della Soc. It. di Chir.*, 1896.

lasse che si ha facilmente fuoriescita del contenuto viscerale: oppure la necrosi può oltrepassare il limite del cercine stretto dal bottone, determinando perforazione e peritonite consecutiva;

d) Nella maggior parte dei casi il bottone non viene emesso, e può causare disturbi o determinare ulcerazioni e perforazioni;

e) Speciali condizioni patologiche del tubo intestinale possono impedire il passaggio del bottone che è allora causa di occlusione o di perforazione.

Possibili incidenti durante l'applicazione del bottone.

Non sempre l'applicazione dell'apparecchio anastomotico del MURPHY si compie senza inconvenienti. Può accadere che il bottone non possa articolarsi, o si chiuda male fissando l'ansa in posizione viziosa (torsione): è allora lungo, difficile e pericoloso rimuovere e sostituire l'apparecchio. Il TRICOMI (1) dovette in un caso togliere e sostituire il bottone già collocato, che non poté esser chiuso perchè, forse, si era guastato con la ebollizione. Questo accidente che non deve essere affatto eccezionale, dal momento che suggerì al GARBARINI una delle molte modificazioni del bottone, è causa di una notevole perdita di tempo, e può riuscire molto pericoloso per la sepsi. In un caso del CARLE si ebbe peritonite settica, perchè l'assistente aveva lasciato sfuggire una metà del bottone, mentre veniva applicato.

Emorragia alla caduta del bottone.

Avviene, sia pure raramente, che alla caduta del bottone si determini gravissima emorragia che può condurre a morte l'operato. Questo fatto fu osservato in operati del D'ANTONA (2), del GIORDANO (3) e dell'HOCHENEGG (4).

Insufficienza delle aderenze.

Nulla garantisce che, al momento del distacco del bottone, le aderenze tra i due visceri sieno così solide da impedire la fuoriescita del contenuto. Specie nella gastro-enterostomia anteriore, in cui si ha notevole trazione sull'ansa anastomizzata, si corre il rischio di un distacco parziale o totale dei bordi viscerali stretti dal bottone: casi di peritonite settica si verificano per questo fatto (KRAFT).

(1) Vedi Statistica.

(2) D'ANTONA, A proposito di un caso di stenosi pilorica. *Rif. med.*, 1899, III, pag. 124.

(3) GIORDANO D., Sopra alcune cause d'insufficienza del bottone di MURPHY nella gastro-enterostomia. *Rivis. Ven. di Sc. Med.*, 15 maggio 1896.

(4) HOCHENEGG, in KRAFT, *Revue de gynec. et de chir. abd.*, 1901, pag. 963.

Ben più grave è l'accidente, verificatosi purtroppo in un numero ragguardevole di casi, dovuto al fatto che la zona necrotica oltrepassa il limite del cercine compreso fra le due metà del bottone, determinando perforazione e peritonite consecutiva. CHAPUT (1) ne raccolse 6 casi.

Nella citata memoria dell'ALESSANDRI sono riportati i seguenti:

Perforazione
per necrosi del
cercine.

due gastro-enterostomie di DEMONS, ambedue morti; di uno soltanto è riportata l'autopsia che dimostrò i margini dell'anastomosi necrotici e la ferita stomacale largamente aperta: peritonite;

uno di ZIELEWICZ in una gastro-enterostomia; morte al settimo giorno: all'autopsia necrosi dei margini, bottone libero nel cavo peritoneale;

uno di ODERFELD in una gastro-enterostomia, in cui venne anche applicato un piano alla LEMBERT intorno al bottone; peritonite e morte al 6° giorno; alla sezione si trovò, al lato destro dell'anastomosi, un'apertura che lasciava passare un dito. Il bottone stava, insieme con l'anello necrotico di parete gastrica e intestinale, nel cavo dello stomaco, mentre il distacco dello stomaco dal digiuno era impedito soltanto dal piano di sutura alla LEMBERT, che ancora teneva in massima parte;

uno di RICHARDSON di gastro-enterostomia; peritonite e morte al 6° giorno. All'autopsia l'anello della parete gastrica compresso dal bottone era necrotico; il processo gangrenoso si era esteso nella parete dello stomaco, il contenuto era sfuggito e aveva prodotto una peritonite mortale;

uno di BRENNER, in una gastro-enterostomia; morte al 6° giorno per peritonite, che l'autore attribuisce a infezione durante l'atto operativo; ma la sezione dimostrò che la parete duodenale era scivolata fuori dal bottone per necrosi precoce della parte compressa fra le branche di esso.

Su 57 gastro-enterostomie col bottone, il MIKULICZ (2) ebbe 17 casi di morte (32,75 %), e questa fu dovuta quattro volte a perforazione causata dal bottone. Nella nostra statistica abbiamo, su di un totale di 464 gastro-enterostomie praticate col bottone, 97 morti (20,90 %) di cui 11 per peritonite da perfo-

(1) CHAPUT, *Semaine Médicale*, 1894, pag. 534.

(2) MIKULICZ, in CHLUMSKY, loc. cit.

razione causata dall'istrumento anastomotico del MURPHY. (CATELLANI casi 2, D'ANTONA 1, FERRARI 1, GIORDANO 2, SEGANTI 2, TRICOMI 2, VINCINI 1). Così l'11,34 % delle morti, negli operati col bottone, sono dovute a difetto intrinseco del metodo.

I partigiani del bottone attribuiscono volentieri tale inconveniente a difetto di costruzione del bottone stesso; ma la difesa non persuade completamente, quando si sa che gli stessi chirurghi, con bottoni identici, ottennero una numerosa serie di risultati favorevoli. Nè la pratica di eseguire, attorno al bottone, uno strato di sutura siero-sierosa è valsa ad eliminare il pericoloso accidente: il MURPHY (1) proclama *inutile* ogni sutura.

Il bottone non viene emesso in $\frac{2}{3}$ dei casi.

Soltanto in un terzo dei casi descritti in tutta la letteratura europea si è potuto constatare la uscita del bottone (CHLUMSKY). Talora, come in due casi che ci appartengono (2) (osservazioni III e IX), ne fu emessa soltanto la metà: la maggior parte delle volte il bottone cade nello stomaco. I sostenitori dell'apparecchio non si preoccupano di questo fatto che, normalmente, non darebbe luogo a spiacevoli conseguenze. Intanto il TRICOMI (3) fu obbligato a praticare la gastrotomia, per estrarre un bottone che causava gastralgie, ed il RICCI (4) dovette fare altrettanto, appena venti giorni dopo eseguita la gastro-enterostomia. Un nostro operato, di cui riporteremo tra poco l'osservazione clinica (IX), soffre notevoli disturbi per la permanenza nel ventricolo di metà del bottone anastomotico: operato da oltre due anni e mezzo, non si è saputo ancora indurre ad un secondo intervento (gastrotomia), per lasciarsi estrarre il mezzo bottone. HALEN (5) ebbe ad osservare ulcerazione della mucosa-gastrica ed emorragia, dovuta alla presenza del bottone nel ventricolo.

Inconvenienti e disturbi provocati dalla mancata emissione del bottone.

Ma, oltre che nello stomaco, il bottone può cadere nell'ansa afferente, determinandovi facilmente ulcerazioni da decubito. CHLUMSKY ed altri osservarono questo fatto all'autopsia.

(1) MURPHY, *Lancet*, 1894, pag. 625.

(2) MATTOLI, Resoconto clinico statistico di Chirurgia Operativa. Ospedale di Tolentino - Perugia, 1899, pag. 67.

(3) TRICOMI, *Riforma medica*, 1899, I, pag. 40.

(4) Vedi Statistica.

(5) HALEN, in KRAFT, loc. cit.

Finalmente, anche quando il bottone cade nell'ansa effe-
rente, prendendo la buona via, può essere causa dei più gravi
accidenti. CRIPPS (1) comunicò due osservazioni in cui il bot-
tone si arrestò nel digiuno: nell'uno dei due casi cadde nel
peritoneo, dopo aver perforato l'intestino; nell'altro determinò
ulcerazione e perforazione del tenue, quindi peritonite e morte.
CHLUMSKY (loc. cit.), praticando l'autopsia di un operato di
gastro-enterostomia, ritrovò il bottone in una cavità ascessuale.
WIGGIUS, DONALD, VILLARD, osservarono casi di occlusione
dovuta al bottone.

L'osservazione anatomico-patologica ha dimostrato che in
alcuni operati di gastro-enterostomia esistevano stenosi multi-
ple del tenue (non constatate all'atto operativo) che non avreb-
bero permesso il passaggio del bottone di MURPHY più piccolo
(n.º 1). Questo fatto fu osservato in un caso del DURANTE (2),
in un caso del RICCI (3), e finalmente in un caso del MONTE-
NOVESI (4), riguardante un uomo di 42 anni, sifilitico, operato
di gastro-enterostomia per stenosi pilorica. La stenosi era de-
terminata da una vasta cicatrice irregolare, consecutiva ad una
ulcerazione sifilitica: cicatrici simili, stenosanti, multiple, si
trovarono, nello stesso individuo, in corrispondenza della 2ª metà
dell'ileo. È evidente che se, in questi casi, si fosse adottato il
bottone di MURPHY, come aveva fatto il RICCI, si sarebbero
avuti, secondo ogni probabilità, gravi fatti di occlusione inte-
stinale.

L'enumerazione degli inconvenienti cui può dar luogo il
bottone di MURPHY non sarebbe ancora completa: in un caso
di gastro-enterostomia, praticata da VILLARD, si ebbe occlu-
sione del foro centrale del bottone, causata da alcuni acini
d'uva rimasti nello stomaco.

Passiamo ora ad occuparci della sutura e vediamo quali
addebiti si muovano alla medesima e quali ne sieno i vantaggi.

(1) CRIPPS, in KRAFT, loc. cit.

(2) DURANTE, Vedi Statistica, Osservazione II.

(3) RICCI, Vedi Statistica.

(4) NAZARI dott. A., L'insegnamento dell'anatomia patologica dimo-
strativa nell'anno accademico 1900-901 (Univer. di Roma). *Suppl. Policli-
nico*, 1902, pag. 772.

Obbiezioni mosse alla pratica della sutura.

Gli addebiti mossi alla sutura sono due: a) richiede molto tempo; b) richiede eccezionale abilità.

Dimostrammo già come la differenza sul tempo che s'impiega per completare una gastro-enterostomia col bottone o con la sutura continua, non oltrepassa i 5-10 minuti: calcolando gli enormi vantaggi che, a nostro modo di vedere, può offrire la sutura sul bottone, questa differenza di tempo è assolutamente trascurabile, perchè, lo ripetiamo ancora, il paziente più indebolito non vedrà compromesse le sue sorti per dover rimanere cinque minuti di più sul tavolo d'operazione.

Quanto all'abilità che si richiede da parte del chirurgo per ben condurre una sutura sullo stomaco e sull'intestino, questa non oltrepassa il limite di quella manualità che deve possedere il più modesto operatore. Uno dei più valenti fra i giovani chirurghi italiani, il BOARI (1), scriveva che « il metodo MURPHY permette ad ogni medico di soddisfare ai bisogni della pratica, anche in quei casi dove solo i maestri potevano ottenere buon risultato ». Pur non ritenendo affatto necessario che *ogni medico* debba avere a portata di mano un mezzo più o meno sicuro per bucare lo stomaco dei propri simili, noi torniamo a ripetere che la diligente applicazione del bottone MURPHY esige, da parte del chirurgo, una abilità uguale a quella che si richiede per eseguire la sutura, la quale deve essere ormai familiare a chi si accinga a praticare la gastro-enterostomia, e non può venir considerata come una specialità riservata ai maestri di chirurgia!

Vantaggi della sutura.

Non soverchiamente lunga, non eccessivamente difficile, la sutura ci offre la possibilità di praticare una larga fistola gastro-intestinale, che, pur soggetta a restringersi per cicatrice, rimarrà tuttavia sufficiente ad assicurare il facile svuotamento del ventricolo. Alla incertezza ed alla trepidazione che, nel chirurgo e nell'operato, seguono per lungo periodo di tempo l'applicazione di un bottone, « il cui funzionamento è sempre nelle mani di Dio » (CODIVILLA), la sutura, che si affida viceversa alle mani più direttamente responsabili del chirurgo, oppone la tranquillità e la certezza assoluta del successo operatorio, appena due giorni dopo l'intervento.

(1) BOARI A., Modificazioni al metodo anastomotico di MURPHY. *La Clin. Chir.*, 1897, n. 4.

Per ciò il DURANTE, resistendo all'entusiasmo quasi generale che seguì la proposta del MURPHY, non volle mai adottare l'*infido* bottone, preferendo affidare all'ago ed alla mano le ragioni del successo. La prudente diffidenza del nostro illustre maestro è stata giustificata dai fatti clinici e dalla osservazione anatomo-patologica, che dimostrarono vere le obbiezioni da lui mosse, fin dai primi tempi, al bottone anastomotico. Non pochi bottonisti convinti sono tornati, pentiti, alla vecchia e fedele sutura: e se il CARLE e il TRICOMI, sulla base di statistiche numerose e brillantissime, sostengono anche oggi l'opportunità di adottare *sistematicamente*, in ogni caso, il bottone di MURPHY, altri molti vorrebbero riservato questo apparecchio a casi eccezionali, specie nel cancro pilorico, quando *urges far presto*: e non soggiungono *bene*.

I più ardenti sostenitori del bottone restringono ormai le indicazioni dell'apparecchio anastomotico: così F. T. MERIWETHER (1) sosteneva, davanti la Società Chirurgica e Ginecologica di Atlanta, i vantaggi del bottone nella gastro-enterostomia per *restringimento canceroso del piloro*, e WILLY MEYER (2) di New-York, dopo aver cantato in tutti i toni le laudi del bottone, conclude che « nella possibilità della caduta di questo « nello stomaco, la gastro-enterostomia, *in casi di stenosi benigna del piloro*, sarebbe meglio farla colla sutura ». Il CHLUMSKY (3), trattando dei mezzi d'anastomosi, conclude: « Som-
« mando tutto, noi dobbiamo dichiarare l'uso del bottone me-
« todo celere ma non sicuro. Perciò, negli ultimi casi, noi ab-
« biamo, nelle stenosi benigne, operato con la sutura, ed anche
« negli ammalati di carcinoma che erano in istato abbastanza
« buono.... ».

P. DESFOSSES (4) scrive che attualmente il bottone di MURPHY è ben poco usato in Francia, dove la più gran parte dei chirurghi, nelle operazioni sullo stomaco e sull'intestino, pre-

Le indicazioni all'impiego del bottone vanno limitandosi.

(1) MERIWETHER F. I., Gastro-enterostomy with the Murphy button in malignant obstructions of the pylorus. *Annals of Gynec. and pediatry*, vol. XIV, January, 1901.

(2) WILLY MEYER, The place of the Murphy button in gastro-enterostomy. *Annals of Surgery*, vol. XXVI, 1897, pag. 31.

(3) CHLUMSKY, loc. cit.

(4) DESFOSSES P., *Revue de Gynec. et de Chir. Abdom.*, Tom. V, nov.-dic., 1901, pag. 1055.

feriscono il metodo delle suture. ROUX (1), MONPROFIT (2), DOYEN, si proclamano partigiani della sutura.

Che più? *Lo stesso* MURPHY (come ebbe a dichiararci il dottor CHARLES BECK, di Chicago, in una recente visita alla Clinica chirurgica di Roma) *non adopera più il suo bottone anastomotico!*

Anche in Italia i sostenitori del bottone vanno diminuendo di numero: dei 78 chirurghi che hanno contribuito alla nostra statistica, 43 dichiarano di preferire la sutura e 35 il bottone anastomotico.

Notevole la dichiarazione del FANTINO (3), il valente collaboratore del CARLE, che, modificando le opinioni espresse nel lavoro più volte citato, dice di « preferire la sutura, quando è « possibile, perchè gli sembra che questa, permettendo di fare « un' ampia apertura, svuoti con più facilità lo stomaco, ed « eviti gli stiramenti sui margini della ferita, che potrebbero « essere pericolosi ».

Il VELO (4), di Venezia, prima del 1897, usava il bottone; ma poi adottò sempre la sutura « perchè il bottone spesso non « veniva eliminato, e la funzionalità dell'anastomosi lasciava, « qualche volta, a desiderare ».

Il SALVIA (5), di Napoli, perdette 2 operati di resezione intestinale ed entero-enteroanastomosi col bottone, per mancata adesione dei margini viscerali: questi risultati lo hanno molto *raffreddato* sull'impiego del bottone stesso, e gli fanno preferire la sutura.

AMOUR preferisce, sempre ed in ogni caso, la sutura, come BASTIANELLI, BIONDI, CECCHERELLI, CASUCCI, CODIVILLA, CAVAZZANI, D'URSO, GIORDANO, REMEDI, VINCINI, ecc. ecc.

Ed ora i risultati della statistica.

Il MIKULICZ ha, col bottone, una mortalità del 32,75%; con la sutura di 11,53%: quattro casi di morte a causa del bottone (perforazione), uno solo per insufficienza della sutura.

I risultati della statistica in riguardo ai mezzi adottati per compiere l'anastomosi.

(1) ROUX, loc. cit., pag. 39.

(2) MONPROFIT, *Douz. Congr. de Chir.*, Paris, 1898, *Mém. et discus.*, pag. 316.

(3) FANTINO, Vedi Statistica.

(4) VELO, Vedi Statistica.

(5) SALVIA prof. E., Comunicazione per lettera.

Nella nostra statistica troviamo: 11 casi di morte dovuti al bottone (perforazione): 1 dovuto ad insufficienza della sutura, praticata con catgut (SCIASSI).

La mortalità, nei diversi metodi, è la seguente:

Metodo WÖLFLER: Bottone 30,30 % — Sutura 25,44 %.

Metodo ROUX: Bottone 20,18 % — Sutura 12,90 %.

Metodo HACKER: Bottone 17,50 % — Sutura 18 %.

Se si tolgono le cifre riguardanti i risultati del CARLE, invero eccezionalissimi, abbiamo, nel metodo HACKER, i seguenti dati:

Bottone 23,51 % — Sutura 18,28 %.

I quadri statistici dimostrano altresì le percentuali di mortalità in relazione alle indicazioni operatorie. I risultati generali danno ancora un lieve vantaggio alla sutura:

Bottone: Operati 467 — Guariti 369 — Morti 98 — Mortalità 20,98 %.

Sutura: Operati 541 — Guariti 435 — Morti 106 — Mortalità 19,59 %.

La statistica viene così a dimostrare poco esatta l'affermazione che il bottone di MURPHY abbia contribuito a diminuire notevolmente la mortalità nella gastro-enterostomia. Noi siamo poi convinti che la superiorità della sutura apparirebbe ancor più evidente, se fosse possibile istituire un confronto, negli esiti remoti, tra gli operati di gastro-enterostomia col bottone e con la sutura stessa; ma questa ricerca, più che difficile, riesce impossibile, almeno su di un numero ragguardevole di operati.

Prima di chiudere questo capitolo, riassumiamo l'osservazione di un caso in cui il bottone MURPHY non fece la miglior prova.

OSSERVAZIONE IX. — *Stenosi pilorica cicatriziale. — Gastro-enterostomia transmesocolica posteriore alla VON HACKER, col bottone MURPHY, combinata a gastroplicatio. — Guarigione. — Disturbi per il bottone.*

Spadoni Alessandro, di anni 46, di Tolentino, entra in ospedale il 14 febbraio 1900.

Anamnesi. — Madre vivente, padre morto da molti anni di malattia non bene precisata. Ha goduto buona salute fino all'età di 20

anni, quando, essendo in preda a forte ubbriachezza, d'improvviso ebbe ematemesi ripetute e melena, con dolori vivi alla regione gastrica. Guarì in seguito a cura medica; ma, dopo alcuni anni, il fatto si ripeté: tornò a guarire, e ricadde ancora due volte, con intervallo di qualche anno. Da circa due anni la digestione gastrica è resa difficile: vomita spesso, con dolori che s'iniziano poco tempo dopo il pasto. Stipsi abituale.

Esame obiettivo. — Denutrizione generale marcatissima: colorito della cute pallido-terreo, mucose visibili pallide.

Ondulazione gastrica. La percussione rivela una forte gastroectasia: il limite inferiore dello stomaco giunge fino al pube. La palpazione riesce negativa. A digiuno si estraggono con la sonda detriti alimentari e liquido torbido di odore acre nauseante: ipercloridria.

Orine e fecce normali.

Diagnosi. — *Stenosi pilorica cicatriziale: gastro-ectasia.*

Atto operativo. — 1° marzo 1900. (MATTOLI). — Cloroformizza il dott. LODOVICI: assistono i dottori MARZOCCHI, CONTI e PUCCIARELLI. Incisione mediana da 4 dita trasverse al disopra della cicatrice ombellicale fino alla metà della linea ombellico-pubica. Il piloro è duro, ingrossato, impermeabile al dito che invagina la parete anteriore dello stomaco. Decido di praticare la gastro-enterostomia alla vox HACKER, combinandola alla *gastro-plicatio*, data la enorme gastroectasia. Praticata un'apertura sul ligamento gastro-colico, arrovescio lo stomaco in alto, e, con due filzette (seta n. 0), introffetto due larghe pliche della parete stomacale posteriore, seguendo una direzione parallela al grande asse dello stomaco: eseguisco altrettanto sulla parete anteriore. Completato il processo di *gastro-stenoplastica* (TRICOMI), la grande curvatura rimane elevata di qualche poco al disopra del piano trasverso ombellicale. Ricercata allora la prima ansa digiunale, pratico la gastro-enterostomia transmecolica posteriore, adottando un bottone MURPHY n. 3 (LOLLINI), che viene applicato con la tecnica del CARLE.

Sutura a tre piani della incisione addominale.

L'atto operativo dura meno di un'ora.

Decorso postoperatorio. — Nei primi due giorni si continuano i clisteri nutritivi; dopo 24 ore si dà qualche cucchiata di marsala ghiacciata, brodo, latte. Nessun disturbo. In settima giornata si tolgono i punti della ferita addominale, cicatrizzata p. p. In 10ª giornata si concede carne pestata, che è ben tollerata: in 15ª giornata dieta comune.

Il 21° giorno lo Spadoni emette con le fecce la metà maschio del bottone MURPHY, dove si osservano le linguette d'arresto completamente usurate (operando, la parte maschio del bottone era stata

collocata nel digiuno). Le funzioni gastro-intestinali si compiono normalmente.

Due mesi dopo l'atto operativo, lo Spadoni torna a farsi vedere, e dice che *sente nello stomaco* l'altra metà del bottone, che è causa di dolori più o meno vivi: si cerca di persuaderlo della impossibilità della cosa, ritenendo che questa sensazione possa dipendere in parte dalla immaginazione del malato. Dopo sei mesi la sensazione dolorosa persiste, e, dopo otto mesi, si ha una ematemesi piuttosto abbondante. Si suggerisce allora un 2° intervento per estrarre il bottone (gastrotomia), e l'infermo entra in ospedale; ma, dopo due giorni di degenza, sembrandogli di stare assai meglio, domanda di uscire, rimandando l'atto operativo di cui si mostra timorosissimo.

Presentemente, due anni e mezzo dopo la gastro-enterostomia, lo stato dello Spadoni è quasi invariato. Mangia con sufficiente appetito, lo svuotamento dello stomaco si compie abbastanza bene; ma ha talora la sensazione di un peso doloroso alla regione epigastrica, e spesso crede che il corpo estraneo « gli ostacoli il passaggio del cibo ». L'ematemesi non si è più ripetuta: il ventricolo si mantiene nei limiti in cui fu ridotto con l'intervento chirurgico.

Obbiettivamente nulla può stabilire la presenza del bottone nello stomaco.

Trattamento postoperativo. — Complicanze della gastro-enterostomia.

Gli operati vengono posti nel letto ben caldo, in posizione elevata del tronco, quasi seduti, per facilitare il funzionamento della fistola gastro-intestinale, che viene così ad essere situata nella parte più declive del ventricolo, allorché si è adottato uno dei processi di gastro-enterostomia posteriore. Nei suoi rari operati di gastro enterostomia anteriore semplice, *di necessità*, il ROUX (1), a prevenire fatti di circolo vizioso, e per facilitare lo svuotamento dello stomaco nelle prime ore che seguono all'operazione, fa porre il paziente seduto o col corpo piegato allo innanzi, o addirittura in decubito ventrale.

Posizione da darsi all'operato.

Come prima e durante l'atto operativo, le ipodermoclisi con soluzione fisiologica di cloruro sodico possono rendere notevoli servigi per rialzare le forze dell'operato: molti, come noi, praticano abitualmente l'ipodermoclisi, non appena posto a letto l'infermo, dopo l'intervento.

(1) Roux, loc. cit., pag. 44.

Non debbono trascurarsi le iniezioni eccitanti.

Svuotamento e lavaggio del ventricolo.

Se l'operato ha disturbi di vomito, eruttazioni acide od amare, senso di peso all'epigastrio, non si esiti a praticare lo svuotamento ed il lavaggio del ventricolo, anche nelle prime ore che seguono all'atto operativo. Trattando del circolo vizioso, ci siamo intrattenuti a lungo sulle ragioni che consigliano questa pratica, e sulle opinioni di autorevoli chirurghi in proposito. Gli infermi ne ritraggono un vero benessere, e, quando siano precedentemente abituati alla introduzione della sonda esofagea, lo svuotamento si compie rapidamente e senza inconvenienti: di solito un solo lavaggio è sufficiente a far cessare i disturbi: in caso contrario è bene ripetere dopo qualche ora lo svuotamento e la gastrolusi.

Indicazione ad un 2° intervento.

Se, malgrado ciò, si ha vomito bilioso insistente, con impossibilità di nutrire l'infermo, conviene pensare al circolo vizioso e decidersi, senza troppo ritardo, ad un secondo intervento, per rimuovere possibilmente la causa che lo determina. Il distacco di aderenze che fissino i visceri in posizione sfavorevole, la recisione di briglie che producano lo strozzamento dell'ansa digiunale, l'entero-enteroanastomosi alla BRAUN-JABOULAY, possono, talora, rimediare al grave accidente, ma non infrequentemente i pazienti, inaniti ed esausti per la prima operazione, soggiacciono fatalmente allo *shoc*.

CZERNY (1), intervenendo in un caso di circolo vizioso e constatando la formazione dello sprone, eseguì un processo di *gastro-enteroplastica*, incidendo verticalmente il neopiloro e suturando in senso trasversale i bordi dell'incisione. Il successo non fu favorevole, e si dovette rioperare una terza volta, ampliando la fistola gastro-intestinale dal lato della branca efferente.

Il REISKE (2) ha raccolto 4 casi, in cui si dovette intervenire ripetutamente dopo la gastro-enterostomia per rimediare all'insufficienza funzionale del neopiloro: tre di questi casi appartengono allo CZERNY ed ebbero esito favorevole, il 4° del MIKULICZ finì con la morte dell'operato.

Se gli operati non hanno disturbi a carico dello stomaco,

(1) STENDEL, Die neueren Magenoperationen in der Czerny'schen Klinik und die bisherigen Dauerfolge. *Archiv. f. klin. Chir.*, Berlin, 1898, t. LVII, pag. 459.

(2) REISKE, *Semaine Médicale*, 1901, pag. 167.

è buona regola incominciare la nutrizione con liquidi, fino dalle prime ore dopo l'atto operativo.

Sulla opportunità di alimentare precocemente gli operati di gastro-enterostomia si è molto discusso, e le opinioni dei chirurghi sono tuttora discordi. CZERNY sottoponeva un tempo i suoi operati ad otto giorni di dieta assoluta; KRASKE, ROUX, ZOEGE VON MANTEUFFEL somministrano liquidi nutritivi ai pazienti, non appena desti dalla narcosi; i più iniziano la nutrizione dopo 24-48 ore dall'atto operativo. Noi riteniamo che, trattandosi di pazienti debolissimi ed in istato di grave inanizione, sia opportuno nutrirli quanto prima è possibile. Nelle prime 24 ore facciamo somministrare, a piccoli sorsi, marsala ghiacciata, caffè freddo, brodo; nei giorni seguenti la quantità di liquidi nutritivi viene gradatamente aumentata, ed al latte si aggiungono tuorli d'uovo: in ottava giornata concediamo carne pestata, e, dopo 12-15 giorni dall'intervento, si dà la dieta comune.

Nutrizione
dell'opera-
to.

Allorchè si è adottata la sutura, come mezzo di anastomosi, e fu creata una larga bocca di scarico al ventricolo, si ha motivo di rimanere perfettamente tranquilli sul facile deflusso del contenuto stomacale, e, dopo 2-3 giorni, sulla avvenuta adesione dei bordi viscerali: può concedersi allora, senza soverchie preoccupazioni, una maggiore quantità di sostanze nutrienti che, per solito, vengono insistentemente reclamate dagli operati. Non altrettanto avviene allorchè si è adoperato il bottone di MURPHY: nella possibilità che, nei primi giorni, il passaggio del contenuto gastrico, attraverso lo stretto foro del bottone, non possa compiersi facilmente, i liquidi ingeriti, accumulandosi nello stomaco, potrebbero esercitare un pericoloso stiramento sui bordi viscerali compressi dal bottone (FANTINO). Al momento della caduta probabile del bottone stesso, che non è facile a stabilirsi e può variare dal 6° al 10°-12° giorno, è prudente tenere i pazienti a dieta assolutamente liquida (ROUX).

È bene che gli operati continuino a disinfettarsi la bocca, almeno nei primi 2-3 giorni che seguono all'atto operativo, per allontanare il pericolo di parotiti o infezioni delle vie respiratorie. Similmente sono utili ripetuti lavaggi rettali, con acqua salata, a scopo evacuativo.

Disinfezione
della bocca:
enteroclisi.

Non infrequentemente la diarrea insorge ad aggravare lo stato degli operati di gastro-enterostomia.

Diarrea fe-
tida od infre-
nabile.

CARLE E FANTINO attribuiscono notevole importanza alle fermentazioni anormali che si verificano in malati cachettici, nei quali, malgrado l'intervento, si ha ancora ristagno del contenuto gastrico. In questi malati insorge facilmente una diarrea fetida con vomito, e si può avere la morte con sintomi di coma dispeptico.

Il lavaggio ripetuto dello stomaco, l'enteroclisi, la dieta, costituiscono i principali mezzi per la cura di questa grave complicanza.

Il NOVARO segnalò da tempo il fatto di alcuni operati di gastro-enterostomia che tracannano avidamente brodo, latte, uova; ma queste sostanze, così come vengono trangugiate vengono emesse, attraversando l'intestino quasi con la stessa rapidità con cui attraversarono l'esofago. A proposito di questa diarrea infrenabile, il GIORDANO (1) scriveva fino dal 1894: « Bi-
« sogna aspettarsi a casi superiori alle nostre risorse, come
« quando siamo costretti a vedere un canceroso, operato in
« stato di tale cachessia da essersi osato appena cloroformiz-
« zarlo durante la incisione delle pareti addominali, tollerare
« bene l'atto operativo, ma con eguale passività squagliarsi
« con la diarrea con cui i cibi passano rapidamente attraverso
« al tubo intestinale fuori d'uso ed inerte ».

In questi casi d'intolleranza o meglio d'inerzia intestinale, è necessario diminuire o sopprimere la ingestione di liquidi nutritivi, lavare lo stomaco, somministrare del laudano, ricorrere ad ipodermoclisi ripetute, ad iniezioni ipodermiche di olio d'oliva sterilizzato, di albumosi (*somatosi*). Se gli operati non sono affetti da stenosi maligna, si riesce in buon numero di casi a far cessare la diarrea, e l'intestino riprende, poco a poco, la propria funzione: in individui cachettici la diarrea riesce, purtroppo, quasi sempre fatale.

Vogliamo ora richiamare l'attenzione dei pratici sopra un altro grave accidente che può verificarsi negli operati di gastro-enterostomia, e sul quale i trattatisti di chirurgia stomacale non hanno, fino ad oggi, insistito abbastanza.

Eviscerazione
spontanea po-
stoperativa.

Intendiamo accennare alla *eviscerazione spontanea postoperativa*, la cui evenienza non sembra eccessivamente rara. Si

(1) GIORDANO, Medicina operativa, 1894, pag. 293.

deve distinguere una eviscerazione *precoce* ed una *tardiva*; quest'ultima è meno frequente: l'accidente si produce più spesso dopo tolte le suture, cioè incirca all'ottavo giorno. Tanto la sutura in massa delle pareti addominali, quanto quella stratificata, a più piani, danno il loro contributo a questo accidente.

La incisione mediana dell'addome, la suppurazione della ferita, l'uso del drenaggio, l'aver tolto troppo presto i punti di sutura, possono avere una influenza locale sulla eziologia della eviscerazione. *I soggetti deboli, cachettici, affetti da cancro dello stomaco (DESFOSSÉS) vi sembrano predisposti*: un colpo di tosse, il vomito, qualunque sforzo che aumenti improvvisamente la pressione endo-addominale, possono esserne la causa determinante.

La eviscerazione avviene o perchè si riapre la ferita o perchè si lacerano i tessuti in tutta vicinanza, nel punto di passaggio dei fili: questi possono tagliare i tessuti, poco resistenti, o si rammoliscono e vengono assorbiti (catgut), mentre i bordi, non adesi, si divaricano.

Trattandosi di malati ancora degenti in letto, e la cui ferita sembrava cicatrizzata, l'accidente può passare inosservato, nel primo momento, sia per l'operato che per il chirurgo. Il bendaggio che s'imbratta di una abbondante essudazione sierosa, le alterazioni del polso e del respiro che non tardano a manifestarsi nel paziente, richiamano ben tosto l'attenzione del chirurgo che, tolta la medicatura, rinviene la ferita aperta in parte od in totalità, ed una o più anse intestinali erniate fuori dell'addome.

Come si diagnostica la eviscerazione.

La condotta del chirurgo, in questo grave accidente, è ben chiara e precisa: nettare diligentemente i visceri fuoriesciti, distaccarne le eventuali aderenze coi margini della ferita, ridurli nella cavità addominale e praticare una nuova sutura, lasciando o no un drenaggio di garza iodoformica. Non è prudente usare lavaggi antisettici dei visceri fuoriesciti.

Cura della eviscerazione.

La prognosi della eviscerazione spontanea non è così sfavorevole come la gravità dell'accidente potrebbe far credere: Lo CHAVANNAZ stabilisce il 15 % come minimo della mortalità.

Prognosi della eviscerazione.

In un operato del ROUX (gastro-enterostomia anteriore) cui erano stati tolti i punti di sutura in 12^a giornata, in seguito a forti colpi di tosse, si ebbe, durante la notte, dolore violento alla regione operata: soltanto all'indomani, nel pomeriggio, si trovarono le anse intestinali nel letto, lorde di pomata, peli,

Casi di eviscerazione spontanea postoperativa dopo la gastro-enterostomia.

briciole di pane e sale: ridotti i visceri e praticata una sutura il malato guarì.

CODIVILLA (1) ebbe ad osservare in un operato di gastro-enterostomia per carcinoma, la riapertura totale della ferita, in 10ª giornata, dopo tolti i punti di sutura.

MONPROFIT (2) riferisce pure un caso di eviscerazione spontanea, in un suo operato di gastro-enterostomia alla VON HACKER. Il malato guarì dell'accidente; ma, dopo qualche tempo, ricomparve il vomito insistentissimo: ad un secondo intervento, praticato dopo tre anni, trovò che l'anastomosi gastro-intestinale era perfetta, e che la causa del vomito era data dalle anse del tenue raggruppate per aderenze, ed adese alla parete addominale.

Il GIANNANTONI (3) ci comunica l'osservazione clinica di una donna da lui operata di gastro-enterostomia alla VON HACKER. Fino al 14º giorno tutto procedette regolarmente: i punti di sutura furono tolti in ottava giornata, e la ferita apparve cicatrizzata p. p. Dopo 2 settimane dall'intervento, tornò il vomito che divenne più frequente nel giorno successivo: intanto il polso si fece frequentissimo e filiforme, il respiro ansioso: tolta la medicatura si trovò che la ferita addominale si era riaperta per circa 5 cm., e due lunghe anse del tenue erano fuorescite e compresse sotto il bendaggio. Pulito diligentemente l'intestino, fu riposto nella cavità, e si lasciò un largo drenaggio di garza, suturando ², della ferita; ma si ebbe ulcerazione delle anse precedentemente erniate con fuorescita di sostanze fecali, e la malata morì in collasso, 18 giorni dopo l'atto operativo. Si trattava di una paziente giunta al massimo grado di denutrizione, con pareti addominali assai esili: come causa determinante dell'accidente, il GIANNANTONI si riferisce ad uno sforzo improvviso fatto dalla inferma per levarsi di letto.

In vista del pericolo di veder riaperta la ferita addominale, ROUX (4) insiste sulla necessità di eseguire la sutura del

(1) CODIVILLA, loc. cit., Osserv. 26ª, pag. 90.

(2) MONPROFIT, Sur une cause rare de fonctionnement defectueux des gastro-enterostomies. 14º Congr. de Chir., Paris, 1901, *Mém. et disc.* pag. 496.

(3) GIANNANTONI, Vedi Statistica.

(4) ROUX, La gastro-enterostomie, pag. 42.

piano muscolo-aponeurotico a punti staccati, con seta, e di lasciare in posto la sutura cutanea, in materiale non riassorbibile, per almeno due settimane dopo l'intervento. Egli dice che, adoperando per i diversi piani di sutura il catgut, questo viene riassorbito in 14-16 giorni, ed il ventre può aprirsi sotto un colpo di tosse: se si pratica una sutura continua, basta uno sforzo violento del malato perchè, con la rottura dell'unico filo, la ferita si riapra lo stesso. Il ROUX afferma che fa giustamente stupire la proporzione dei ventri così riaperti, ogni anno, spontaneamente, 2 o 3 settimane dopo l'operazione, in una clinica tedesca, dove si praticarono il più gran numero di gastro enterostomie.

Influenza del materiale e del metodo di sutura della incisione addominale.

Noi usiamo chiudere il ventre con tre piani di sutura, sempre con seta: il primo piano, continuo, comprende il peritoneo, il secondo piano, a punti staccati, comprende lo strato muscolo-aponeurotico, il terzo piano, continuo, la cute. Malgrado ciò, abbiamo avuto a lamentare, in un caso, la riapertura totale della ferita addominale con eviscerazione: per fortuna l'accidente non ebbe gravi conseguenze, e l'operato guarì completamente. Riassumiamo l'osservazione clinica relativa.

OSSERVAZIONE X. — *Stenosi pilorica cicatriziale. — Gastro-enterostomia transmesocolica posteriore (HACKER). — Eviscerazione spontanea. — Guarigione completa.*

Ottavio Calciati, di anni 60, nato a Palestro, domiciliato a Sarnano, entra in ospedale il 24 marzo 1900.

Anamnesi. — Nulla nel gentilizio. Nella giovinezza soffrì, per molti anni, di febbri malariche; non ebbe mai, in seguito, malattie importanti.

I primi disturbi a carico dello stomaco risalgono a circa due anni or sono; fu colto da violenti dolori alla regione gastrica, con vomito ostinato. Malgrado opportune cure mediche, i disturbi si continuarono, aggravandosi: ebbe difficoltà nella digestione, pirosi, senso di peso allo stomaco, eruttazioni acide, vomito delle sostanze ingerite. Tre o quattro volte si constatò ematemesi. Con una dieta esclusivamente liquida, si ebbe un miglioramento sensibile; ma affatto transitorio. Da due mesi il vomito è continuo, e la nutrizione, anche con liquidi, è divenuta impossibile.

Esame obiettivo. — Denutrizione accentuatissima: scheletro

normale. Organi toracici sani; stomaco ectasico. La palpazione dà dolore sulla regione epigastrica; ma riesce negativa.

Nel pasto di prova e nel vomito si constata notevole quantità di acido cloridrico libero: tracce di acido lattico.

Diagnosi. — *Stenosi pilorica cicatriziale.*

Atto operativo. — 27 marzo 1900 (MATTÒLI). — Cloroformizza il dott. LODOVICI, previa iniezione morfina; assistono i dottori F. FELIZIANI, MARZOCCHI e PUCCIARELLI. Incisione mediana, da tre dita trasverse sotto l'appendice sifoide fin oltre la cicatrice ombelicale. La regione pilorica è occupata da una tumefazione dura, della grandezza di un uovo di piccione, di aspetto cicatriziale: aderisce alla faccia concava del fegato. Seguendo la solita tecnica, pratico la gastro-enterostomia transmesocolica posteriore alla VON HACKER, mediante un bottone MURPHY n. tre, rafforzato da una strato di sutura sieroso-sierosa. Chiusura del ventre con tre strati di sutura alla seta.

Il malato si desta in buone condizioni.

Decorso postoperativo. — Nei primi sette giorni tutto procede regolarmente: nessun disturbo pel cloroformio, apiressia, mai vomito. Nel secondo giorno s'incomincia la nutrizione con liquidi: la funzionalità gastro-intestinale appare normalmente ristabilita.

2 aprile. — Oggi, settimo giorno dall'atto operativo, si tolgono i punti della sutura cutanea: la ferita è cicatrizzata per prima.

3 aprile, ore 3 pom. — Da stamane l'operato è stato preso da ambascia, con respirazione frequente ed affannosa: il polso è divenuto improvvisamente piccolo e assai frequente: egli stesso mi avverte che la medicatura è *bagnata*. Tolto il bendaggio, che è impregnato di abbondante essudazione sierosa, rinvengo la ferita addominale aperta in totalità: i tessuti muscolo-aponeurotici si vedono nettamente tagliati dai punti di sutura: una lunga ansa del tenue ed una larga zona di epiploon sono uscite fuori dell'addome, certo da parecchie ore, e presentano un colorito rosso cupo. Fatto trasportare il paziente in camera d'operazione, pratico una scrupolosa pulizia dei visceri fuoriesciti, adoperando la soluzione fisiologica di cloruro sodico. Distaccate alcune lasse aderenze, contratte dall'ileo e dall'epiploon coi bordi della ferita, riduco i visceri nella cavità, e richiudo la breccia addominale con doppio strato di sutura intercisa, alla seta, comprendendo nei punti buona porzione dei muscoli retti e delle aponerosi. Dall'angolo inferiore della ferita, che lascio aperto, faccio fuoriescire un drenaggio di garza iodofornica. Praticata una ipodermoclisi, l'infermo è riportato nel proprio letto. Si è constatato che il bottone è ancora in sito.

5 aprile. — Si toglie il drenaggio e si chiude l'angolo della fe-

rita: l'operato è in buone condizioni generali. Nessun disturbo a carico dello stomaco.

6 aprile. — Senso di peso all'epigastrio: lingua secca, eruttazioni amare. Introdotta la sonda gastrica, si estraggono circa 300 cc. di liquido verdastro (bile); gastrolusi.

7-8 aprile. — Ieri ed oggi si è avuto vomito biliare: si è praticata la gastrolusi, da cui il paziente risente pronto e notevole vantaggio.

10 aprile. — Cessato il vomito: si somministra la carne che non dà alcun disturbo.

20 aprile. — Le condizioni dell'infermo sono ottime: nessun disturbo da parte dello stomaco e dell'intestino: mangia la dieta comune. È aumentato in peso di 3 kg.

22 aprile. — Emette con le fecce, figurate, il bottone di MURPHY.

In questo caso possono aver agito, come causa predisponente alla eviscerazione, lo stato di grave denutrizione e la poca resistenza offerta dai tessuti compresi nella sutura. Non siamo riusciti a rintracciare la causa determinante dell'accidente, perchè l'operato non aveva avuto tosse nè vomito e non s'era mosso dal letto.

Il vomito ed il regurgito biliare coincisero, molto probabilmente, con la caduta del bottone di MURPHY. Lo stato del Calciati, trenta mesi dopo l'atto operativo, è ottimo. La funzione gastro-intestinale si compie normalmente, è ingrassato ed aumentato notevolmente di peso.

Alcuni chirurghi ebbero a perdere i loro operati di gastro-enterostomia per il manifestarsi di un'ulcera peptica del digiuno, in prossimità della gastro-enteroanastomosi. I primi due casi furono riferiti, al 28° Congresso della Società tedesca di Chirurgia, dal BRAUN e dal REHN (1): alcuni mesi dopo praticata la gastro-enterostomia (per ulcera gastrica in corso di evoluzione) si determinò la perforazione del digiuno, in seguito ad una piccola ulcerazione situata ad un centimetro e mezzo dal neopiloro.

Nell'anno seguente, 1900, il KÖRTE (2) presentava alla

Ulcera peptica del digiuno dopo la gastro-enterostomia.

Casistica.

(1) BRAUN e REHN, in *Clinica Chirurgica*, 1899, pag. 295.

(2) KÖRTE, 29° Congr. della Soc. ted. di Chirurgia. *Sem. Méd.*, 1900, pag. 146.

stessa Società un pezzo anatomico proveniente da un soggetto che egli aveva operato di gastro-enterostomia per stenosi cicatriziale del piloro, e che morì improvvisamente tre anni dopo per peritonite da perforazione: l'autopsia rivelò che si era formata un'ulcera peptica nel tratto digiunale anastomizzato. Nella stessa seduta lo STEINTHAL riferiva un caso in cui la perforazione del digiuno avvenne 10 giorni dopo la gastro-enterostomia, che era stata praticata col bottone MURPHY, per stenosi pilorica cicatriziale.

Altri casi sono stati, in seguito, riferiti. Il KOCHER (1), riportando un individuo a cui aveva praticato la gastro-enterostomia ad Y, per stenosi cicatriziale del piloro, e che, un anno più tardi, aveva presentato i sintomi di ulcera, trovò un'ulcera rotonda sulla estremità dell'ansa digiunale impiantata allo stomaco: la resezione della porzione ulcerata dette la guarigione. L'HAHN (2) ha osservato 3 casi di ulcera peptica, in seguito allo gastro-enterostomia: poichè si era adottato costantemente il metodo anteriore, questo A. diceva che sarebbe stato opportuno ricercare se l'accidente si ripete a preferenza in alcuni processi operativi che in altri. HEIDENHAIN (3) dovette intervenire due volte, nello stesso malato, per delle ulcere peptiche, manifestatesi in seguito ad una gastro-enterostomia anteriore. In un caso del KRÖNLEIN (4) l'ulcera peptica si manifestò quattro anni dopo la gastro-enterostomia.

Qual'è l'etiologia dell'ulcera del digiuno?

L'ulcera peptica del digiuno, dopo la gastro-enterostomia, deve considerarsi come una conseguenza assoluta e diretta di questo atto operativo?

Il KOCHER (loc. cit.) avrebbe osservato che la chiusura del neopiloro non si produce già a livello della tunica muscolare dello stomaco, ma per contrazione della muscolare dell'intestino: ne risulterebbe che una parte della mucosa intestinale rimane costantemente in contatto col succo gastrico acido. Questo A. sarebbe per ciò proclive a ritenere tale circostanza come causa della formazione dell'ulcera, e, conseguentemente, giudica il

(1) KOCHER, 31° Congr. della Soc. ted. di Chir., Berlino, 2-5 apr. 1902, *Scm. Méd.*, pag. 130, 1902.

(2) HAHN, *Ibidem*.

(3) HEIDENHAIN, *Ibidem*.

(4) KRÖNLEIN, *Ibidem*.

metodo ad Y come più pericoloso, in riguardo a questa complicanza della gastro-enterostomia.

La spiegazione del KOCHER non ci sembra troppo soddisfacente. Anzitutto, ammessa una tale etiologia per l'ulcera peptica digiunale, non si riuscirebbe a spiegare come simile accidente si sia verificato in un numero limitatissimo di casi, in confronto a migliaia di operati. In secondo luogo quasi tutti i casi riferiti, e da noi raccolti, erano stati operati con un metodo di gastro-enterostomia laterale, ciò che non sarebbe in relazione colle deduzioni dell'A.

Dallo studio dei casi più sopra riferiti, emergono invece altre circostanze che ci sembrano degne di considerazione. La prima è che tutti i soggetti in cui si verificò l'accidente erano stati operati o per stenosi cicatriziale del piloro o per ulcera gastrica in corso di evoluzione; nessuno per cancro: la seconda che l'ulcera peptica si manifestò in un periodo di tempo che varia da dieci giorni a quattro anni dopo la gastro-enterostomia. Questo secondo fatto basterebbe da solo, a nostro modo di vedere, per poter negare che l'ulcera peptica digiunale debba esser posta in rapporto di causa ed effetto con la gastro-enterostomia. La prima circostanza poi dimostra che l'accidente lamentato si verifica in una sola categoria di operati, in coloro cioè che, antecedentemente (stenosi cicatriziale del piloro) o al momento dell'intervento, avevano avuto un'ulcera gastrica.

Ora è noto, e riconosciuto ormai universalmente, che l'ulcera rotonda ripete la sua origine da profondi perturbamenti della innervazione trofica dei tessuti dello stomaco (DURANTE).

Perchè cercare una spiegazione diversa per l'ulcera del digiuno? Dal momento che il fatto si è, fino ad ora, riscontrato costantemente in individui che avevano dimostrato uguali disturbi per alterato trofismo, non deve meravigliarci il ripetersi della stessa lesione patologica sul digiuno, come non ci meraviglierebbe il recidivare di un'ulcera gastrica su di una zona diversa del ventricolo.

Non ci sembra dunque giusto imputare alla gastro-enterostomia il manifestarsi di un'ulcera digiunale: questa evenienza era già stata preveduta dal DURANTE (1) quando, occupandosi

(1) DURANTE, Trattato di pat. e terap. chir., 1898, vol. III, pag. 488.

della cura chirurgica dell'ulcera trofica, scriveva: « non accetterei la resezione, come unico metodo di cura, perchè, date le ragioni predisponenti, non potrei acquistare la certezza che, nella cicatrice o nei tessuti limitrofi, non si riproducesse il processo morboso ».

Per questa stessa ragione non parrebbe indicato, ai primi sintomi di un'ulcera digiunale, procedere senz'altro ad una seconda laparotomia, per praticare la resezione del tratto ulcerato. La cura igienico-dietetica dovrà avere la preferenza, e, pronti ad intervenire immediatamente al solo sospetto di una perforazione, attenderemo che la cura chirurgica sia chiaramente indicata o dal ripetersi frequente di emorragie che esauriscono il malato, o da gravi disturbi funzionali.

CAPITOLO VIII.

INDICAZIONI DELLA GASTRO-ENTEROSTOMIA: Cancro pilorico; osservazione 11^a — Stenosi pilorica cicatriziale — Stenosi pilorica da cause estrinseche — Sifilide del piloro, piloro-duodenite tubercolare: osservazione 12^a — Stenosi congenita del piloro e del duodeno — Ulcera gastrica in corso di evoluzione — Ulcera e stenosi del duodeno: osservazione 13^a — Stomaco a clepsidra: osservazione 14^a — Gastropnosi, gastroectasia, dispepsie gravi: osservazioni 15^a, 16^a, 17^a.

Indicazioni della gastro-enterostomia.

L'indicazione principale della gastro-enterostomia è data dalla esistenza di un ostacolo al regolare svuotamento dello stomaco; ma può dirsi che questa operazione è ormai preferita nella maggior parte delle malattie del ventricolo e del duodeno passibili di cura chirurgica.

La gastro-enterostomia è stata praticata per le seguenti indicazioni speciali:

- a) Cancro pilorico.
- b) Stenosi pilorica cicatriziale.
- c) Stenosi pilorica da cause estrinseche.
- d) Sifilide del piloro — Piloro-duodenite tubercolare.
- e) Stenosi congenita del piloro.
- f) Ulcera gastrica in corso di evoluzione.
- g) Ulcera e stenosi del duodeno.
- h) Stomaco a clepsidra.
- i) Gastropnosi — Gastroectasia — Dispepsie gravi.

Passeremo successivamente in rassegna queste diverse indicazioni, intrattenendoci più diffusamente su quelle che offrono maggior campo alla discussione, e portandovi il modesto contributo delle nostre osservazioni personali.

a) *Cancro pilorico.*

Fra i tumori del piloro il carcinoma si riscontra 99 volte su cento: il sarcoma si è osservato qualche volta: i tumori benigni rare volte (DURANTE).

La gastro-
enterostomia
nel cancro pi-
lorico.

Fu per cancro pilorico che il WÖLFLEER praticò la prima gastro-enterostomia. Il POSTEMPSKI (1), fino dal 1888, proponeva di sostituire la gastro-enterostomia alla pilorectomia nei casi di cancro pilorico, « poichè se la prima è una operazione di ripiego, la seconda è difficile rappresenti una operazione radicale ». Questa proposta fu accolta allora con diffidenza; ma, in seguito, di fronte ai buoni risultati funzionali della gastro-enterostomia, i chirurghi hanno finito per accordare a questa operazione una larghissima parte nei casi di cancro pilorico stenosiante.

Lo scopo della gastro-enterostomia è, in questi casi, come ben si comprende, puramente palliativo: gli operati non hanno che una limitata sopravvivenza. Con l'atto operativo si provvede al facile passaggio del contenuto gastrico nell'intestino: cessati i gravi disturbi inerenti alla stenosi pilorica, il malato può nutrirsi abbondantemente, aumentando l'indice della propria resistenza organica. Inoltre, quasi costantemente, dopo la gastro-enterostomia si può constatare una diminuzione nel volume del tumore, ed il suo decorso diviene meno rapido: questa diminuzione del tumore è affatto apparente e dovuta alla cessata immigrazione linfocitica ed al mancato stimolo meccanico degli elementi epiteliali per parte del contenuto stomacale. Ma intanto i malati, nella illusione di una guarigione radicale, vivono tranquilli e senza gravi sofferenze, fino a che soggiacciono fatalmente alla cachessia o ad una grave emorragia per ulcerazione del tumore.

La gastro-enterostomia dovrà dunque essere adottata sistematicamente ed esclusivamente in ogni caso di cancro pilorico stenosiante?

Per rispondere a questa domanda, faremo una breve rassegna critica degl'interventi chirurgici fino ad oggi proposti per tale affezione, e cioè: la *pilorectomia* o *resezione gastrica*, la *pilorectomia in due tempi*, la *digiunostomia*.

(1) POSTEMPSKI, *Atti della Soc. Ital. di Chir.*, Napoli, 1888, pag. 29.

La *resezione gastrica*, la quale si dimostrò purtroppo insufficiente come *cura radicale* del cancro, malgrado l'energica difesa di animosi e valenti sostenitori, va perdendo continuamente terreno di fronte alla gastro-enterostomia. Le ragioni di questo fatto sono molteplici: anzitutto la resezione gastrica, richiedendo maggior tempo e presentando difficoltà tecniche spesso assai notevoli, dà una mortalità operatoria ben più elevata della gastro-enterostomia: in secondo luogo i risultati remoti della operazione non sono di tanto migliori, in confronto a quelli della gastro-enterostomia, da giustificare i maggiori rischi che si fanno correre al paziente, sottoponendolo alla pilorectomia: finalmente i risultati funzionali nella gastro-enterostomia sono perfetti, e assolutamente paragonabili a quelli della resezione.

Resezione gastrica.

« Se lo scopo della resezione gastrica, scrive il CODIVILLA (1), fosse solo quello per cui si praticava un tempo, e cioè la *guarigione radicale* del carcinoma, lo studio dei rendiconti statistici recherebbe un ben magro conforto, poichè, sopra alcune centinaia di operazioni, si possono contare sulle dita i casi nei quali si può sperare di avere radicalmente estirpato il tumore ». Ma, indipendentemente da ciò, questo A. che ottenne risultati assai più favorevoli con la resezione che con la gastro-enterostomia, sostiene l'opportunità di lasciare largo campo alla gastrectomia come operazione *palliativa*. La stessa tesi sostiene GUILLOT (2) il quale, ammettendo che, a causa della propagazione del neoplasma in tutti i sensi, la resezione non può riuscire una operazione radicale, conclude che « si è autorizzati a praticare sistematicamente la *pilorectomia palliativa* ».

La pilorectomia non guarisce radicalmente.

Le statistiche della resezione pilorica non sono state però, fino a questi ultimi tempi, troppo incoraggianti. SCHÖNWERTH (3) che raccolse i casi di BILLROTH, VON HAKER, CZERNY, KOCHER, KRÖNLEIN e MIKULICZ, dava una media di mortalità di circa il 50 %: HUME (4), nella sua statistica di 55 casi, ha una mor-

Statistica della pilorectomia.

(1) CODIVILLA, loc. cit., pag. 47.

(2) GUILLOT, Traitement chirurgical du cancer du pylore, Paris, Steinheil Ed., 1901.

(3) SCHONWERTH, *Munchener med. Wochens.*, 1896, Nr. 42.

(4) HUME, *The Lancet*, dec. 1897.

Statistica della
gastro-entero-
stomia.

talità del 74 %: GUINARD (1), raccogliendo una statistica di 302 resezioni per cancro, contava una mortalità del 35,5 %. Ponendo queste cifre a raffronto della mortalità della gastro-enterostomia per cancro, che, nella nostra statistica, raggiunge il 33,25 %, noi dobbiamo considerare che un paragone esatto non può essere istituito, perchè riesce evidente che, salvo singolari eccezioni di chirurghi i quali, come il CODIVILLA, lasciano larga parte alla pilorectomia, normalmente la resezione fu praticata in casi del tutto favorevoli, per tumori piccoli, mobili, facilmente estirpabili, in malati sufficientemente resistenti, mentre sul passivo della gastro-enterostomia pesano i casi più disgraziati e gravi, per estensione del neoplasma, per cachessia, per inanizione.

È oltremodo difficile stabilire esattamente la durata di sopravvivenza degli operati per cancro, almeno su di un numero di casi sufficiente a poterne trarre giudizi sicuri, ed anche in questa ricerca si dovrebbe tener conto delle condizioni presentate dall'individuo al momento dell'operazione. Ma, pur ammettendo che la sopravvivenza sia maggiore nei resecati, si deve porre in rapporto questo beneficio coi maggiori pericoli immediati fatti correre al paziente con l'atto operativo.

Quanto ai risultati funzionali della pilorectomia, questi non sono superiori a quelli della gastro-enterostomia che apporta, nella maggior parte dei casi, un vero benessere, e lascia agli operati l'illusione di essere guariti radicalmente, fino a che la cachessia o l'emorragia per ulcerazione del tumore non pongono fine alla scena.

Errori di dia-
gnosi.

Sono tutt'altro che rari i casi (e noi potremmo citarne a decine) in cui la diagnosi di cancro pilorico, confermata dopo la laparotomia, si dimostrò errata pel decorso ulteriore della malattia, e gli operati guarirono completamente con la sola gastro-enterostomia. Anche questa possibilità deve essere considerata dai partigiani della pilorectomia a tutta oltranza, poichè riuscirebbe assai doloroso persuadersi, col microscopio, di avere errato la diagnosi, quando l'infermo fosse rimasto vittima di una laboriosa resezione. Per isfuggire questo pericolo,

(1) GUINARD, La cure chirurgicale du cancer de l'estomac, Th., Paris, 1898.

PEHAM (1) è di opinione che sia più conveniente lasciare non resecato un carcinoma operabile, di quello che resecare una stenosi cicatriziale.

Concludendo, noi riteniamo col DURANTE (2), che la resezione pilorica debba essere riserbata ai casi di tumore limitato, sufficientemente mobile e completamente asportabile insieme ai gangli infiltrati, allorchè le forze del paziente permettono di praticare una operazione ben più grave e lunga di una gastro-enterostomia.

Indicazione
della pilorec-
tomia.

TUCHOLSKE (3), QUENU (4) ed altri hanno proposto, da alcuni anni, di far precedere la gastro-enterostomia alla resezione, nei casi di tumori esportabili, allorchè il malato, assai debole, non sarebbe in grado di sopportare la pilorectomia. Questo metodo di *resezione del piloro in due tempi* ha trovato dei fautori; ma assai spesso i malati si trovano così soddisfatti del successo ottenuto con la gastro-enterostomia, che ricusano assolutamente il secondo intervento. Il MIKULICZ (5) che aveva eseguito, in più casi, la gastro-enterostomia come primo tempo della resezione, vide uno solo dei suoi malati, benchè migliorato, tornare sul tavolo di operazione, ed in quell'unico caso l'atto operativo riuscì difficilissimo. Anche al ROUX (6) accadde altrettanto: i suoi operati di gastro-enterostomia si credettero così ben guariti che, malgrado avessero fermamente promesso di tornare per la resezione, preferirono di non farsi più vedere.

Resezione
del piloro in
due tempi.

KUMMEL (7) descrive casi sfavorevoli di resezione in due tempi: malati che avevano raggiunto l'illusione ed il benessere della guarigione, per mezzo della gastro-enterostomia, soggiacquero alla resezione che non li avrebbe per certo curati radicalmente del cancro!

La pilorectomia in due tempi non è destinata, a nostro modo di vedere, ad un grande avvenire, appunto perchè manca

(1) PEHAM, Ein Beitrag zur gastro-enterostomie. *Deut. Zeits. f. Chir.*, Bd. 48, pag. 484, 1898.

(2) DURANTE, Vedi Statistica.

(3) TUCHOLSKE, *Amer. News. March.*, 1893.

(4) QUENU, *Bull. et Mem. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1896, n. 1-2.

(5) MIKULICZ, *Langenbeck' s Arch.*, Bd. 57, S. 530-531.

(6) ROUX, loc. cit. pag. 46.

(7) KUMMEL, *Verhandl. der deuts. Gesellschaft fur Chir.*, 1896.

la ragione essenziale e che potrebbe giustificare un nuovo rischio operatorio, la speranza cioè di una guarigione radicale. È inoltre molto probabile che, ad una seconda laparotomia, si sia costretti a rinunciare alla esportazione di un tumore che, qualche tempo innanzi, era apparso operabile.

Digiunostomia
alla MAYDL.

Un'altra operazione che, nel cancro pilorico, si vorrebbe opporre alla gastro-enterostomia, è la *digiunostomia*, proposta da MAYDL (1), che così ne descrive il manuale operatorio: « Incisione mediana sottombellicale per impiantare il digiuno più che sia possibile lontano dallo stomaco: ricerca della prima ansa digiunale. Fissazione di un punto distante 20 centimetri dalla plica duodeno-digiunale, con due liste di garza iodoformica condotte attraverso il mesenterio alla distanza di 10 cm. Sezione trasversale dell'intestino in questo tratto: innesto terminolaterale dell'ansa afferente sull'efferente, venti centimetri più in basso: fissazione alla cute della bocca efferente, dopo averla passata sotto un ponte cutaneo-muscolare ». MAYDL dice che nella gastro-enterostomia la fistola si trova nell'organo malato e, presto o tardi, viene presa dalla malattia, ad eccezione dei casi di carcinoma circoscritto a forma scirroso: inoltre la gastro-enterostomia non lascia in riposo lo stomaco ed è operazione grave, con risultati inferiori a quelli della digiunostomia.

Purtroppo la sopravvivenza dei cancerosi operati di gastro-enterostomia è così limitata che, prima ancora che la neoplasia interessi il neopiloro, essi soggiacciono alla cachessia: la prima obiezione del MAYDL ha perciò un valore di eccezione. Quanto ai risultati funzionali ed alla gravità dell'intervento, le statistiche dimostrano non esatte le affermazioni di questo A. La mortalità è più elevata negli operati di digiunostomia: il MIKULICZ (2) che ebbe una mortalità del 66 %, afferma che la digiunostomia è da rigettarsi perchè pericolosa. La sopravvivenza degli operati del MAYDL, che varia dai 4 o 5 mesi, non è certo superiore a quella degli operati di gastro-enterostomia; ma è soprattutto da considerare il *genere* di vita che è concesso

(1) MAYDL, Ueber Jejunostomie. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie*, Bd. 3, pag. 532, 1898.

(2) MIKULICZ, LXXIII Riunione dei naturalisti e medici tedeschi, Amburgo, settembre 1901, *Riforma medica*, a XVII, vol. IV, pag. 187.

agli operati di digiunostomia, costretti a nutrirsi per la fistola digiunale e sottratti ad ogni illusione di guarire!

Non fosse che per quest'ultima ragione, l'operazione del MAYDL non può sostenere il confronto con la gastro-enterostomia, e trova soltanto la ragione di essere applicata in quei casi in cui lo stomaco è così diffusamente infiltrato dalla neoplasia da non permettere l'anastomosi gastro-digiunale.

In un caso di cancro pilorico stenosante, in cui praticammo la gastro-enterostomia, si ebbe completo successo funzionale che si continuò per circa nove mesi, quando il paziente morì per cachessia. Eccone l'osservazione clinica.

OSSERVAZIONE XI. — *Cancro stenosante del piloro. — Gastro-enterostomia transmesocolica posteriore. — Guarigione operatoria e funzionale.*

Bacci Venanzo, di anni 51, fabbro ferraio, di S. Ginesio, entra nell'ospedale di Tolentino il 17 giugno 1901.

Anamnesi. — Il padre morì di pneumonite, la madre di una malattia al fegato, un fratello di uremia (?): ha una sorella vivente in buona salute. Il paziente ebbe a soffrire, 28 anni or sono, di una grave infezione vaiuolosa: in seguito non ebbe malattie d'importanza. I primi disturbi a carico dello stomaco risalgono a circa due anni or sono. incominciò dapprima a soffrire di acidità, pirosi, flatulenza: in seguito questi fatti si aggravarono, fino a che, nell'ottobre scorso, incominciò il vomito, che si rinnovò sempre con maggior frequenza, per ripetersi poi quasi ogni giorno, 2-3 ore circa dopo l'ingestione degli alimenti. Il vomito, di sapore acido, conteneva spesso rimasugli indigeriti di cibi, presi 4-5 giorni innanzi. Il paziente osservò, 2 o 3 volte, che le sostanze vomitate avevano un colore rossastro: mai furono di color caffè. Dall'ottobre ad oggi ha esperito ogni specie di cura medica: la rigorosa dieta liquida dette dei risultati favorevoli ma transitori; fu ripetutamente praticato il lavaggio dello stomaco, gli si somministrarono preparati stricnici, fu sottoposto alla idroterapia, ma sempre senza vantaggio. Invoca perciò il soccorso chirurgico.

Esame obiettivo. — Costituzione scheletrica regolare, tranne un forte incurvamento dello sterno. Colorito della cute paglierino, pallidissime le mucose visibili; masse muscolari ipotrofiche, pannicolo adiposo assai scarso.

Organi toracici sani.

Addome infossato; nulla di anormale alla ispezione. La palpa-

zione profonda eccita scarsa dolorabilità sulla regione pilorica, dove peraltro non si riesce a percepire alcuna tumefazione: rumore di guazzamento gastrico. Con la percussione si ha risonanza stomacale fino a 3 dita trasverse al disotto della cicatrice ombelicale.

Praticando, a digiuno, lo svuotamento dello stomaco, si estrae oltre un litro di liquido torbido, di odore nauseante, con rimasugli indigeriti di sostanze alimentari. Somministrato il pasto di prova di EWALD, ed estratto un'ora dopo, si ha ipocloridria ed assenza di acido lattico.

Orine normali: fecchie scarse, a scibile, normali.

Diagnosi. — *Cancro stenotico del piloro.*

Atto operativo — 19 giugno 1901 (MATTIOLI). — Gastrolusi, clonarcosi, previa iniezione morfina (LODOVICI). — Assistono i dottori SALVATORI e LUCIANI di S. Ginesio. Laparotomia mediana, da tre dita trasverse al di sotto dell'apofisi ensiforme fin oltre la cicatrice ombelicale. Aperto il peritoneo, si esplora la regione pilorica: in corrispondenza del piloro si trova un tumore della grandezza di un piccolo mandarino, duro, bernoccolato, strettamente aderente alla faccia concava del fegato. Si pratica la gastro-enterostomia transmesocolica alla VON HACKER, con triplice strato di sutura. L'operazione dura complessivamente 40 minuti, ed il malato si desta in discrete condizioni.

Decorso postoperativo favorevolissimo. Nessun disturbo a carico dello stomaco: guarigione per prima intenzione. Il successo funzionale è completo, ed il paziente esce dall'ospedale quindici giorni dopo l'atto operativo, mangiando la dieta comune.

Da notizie assunte ulteriormente seppi che, nei primi due mesi, l'operato aumentò qualche poco di peso, poi, benchè le funzioni gastro-intestinali si compissero regolarmente, si ebbe un progressivo deperimento e la morte avvenne, per cachessia, nove mesi dopo l'intervento.

b) *Stenosi cicatriziale e fibrosa del piloro.* — *Peripiloricite.*

I restringimenti cicatriziali sono dovuti per lo più alla guarigione dell'ulcera trofica, qualche volta alla reintegrazione della perdita di sostanza per escare prodotte dalla ingestione di acidi ed alcali caustici, qualche altra volta da processi tubercolari o sifilitici, ed infine per pericolecistite e peripiloricite cicatriziale (DURANTE).

La stenosi fibrosa può essere secondaria ad uno spasmo

d'origine riflessa, determinato da una fessura della regione pilorica. Si deve ammettere, in parecchi casi, un processo interstiziale sottomucoso, consecutivo ad una irritazione cronica, e che determina la trasformazione fibrosa e retrattile dei tessuti.

Si hanno restringimenti fibrosi costituiti da uno stretto anello cicatriziale, o da una briglia circolare interessante la sola mucosa ed inapprezzabile alla ispezione ed anche alla palpazione esterna del piloro. Più frequentemente però un tessuto calloso occupa la regione pilorica e si estende sulla prima porzione del duodeno.

La peripilorite si associa comunemente ai restringimenti cicatriziali e fibrosi e determina spesse volte i fatti stenotici: il CARLE (1) l'ha riscontrata nel 53 % delle stenosi benigne.

Le operazioni che si sono praticate nei restringimenti non neoplastici del piloro sono: la *pilorectomia*, la *piloroplastica*, la *plastica gastro-duodenale*, la *dilatazione digitale* o *strumentale* del piloro: finalmente la *gastro-enterostomia*, operazione indiretta, si propone di aprire una nuova via al contenuto stomacale *escludendo* il piloro dalla sua funzione. Un simile scopo si propone la *gastro-duodenostomia sottopilorica*.

La *pilorectomia*, in casi di stenosi benigna, è stata eseguita eccezionalmente e spesso per errore diagnostico: non ha indicazioni speciali.

Pilorectomia.

La *piloroplastica* (HEINEKE-MIKULICZ), considerata dal punto di vista teorico, è una operazione ideale, ristabilendo fisiologicamente le condizioni normali del ventricolo in riguardo al suo funzionamento, e mettendo al sicuro l'operato da ogni accidente di circolo vizioso. Inoltre è operazione facile e di non lunga durata. Disgraziatamente nella pratica non è la stessa cosa, ed insorgono numerose controindicazioni e gravi difficoltà operatorie. Nella stenosi cicatriziale del piloro si ha, molto frequentemente, come accennavamo testè, una reazione peripilorica marcata (peripilorite), che si rivela per delle aderenze anormali, degli ispessimenti epiploici che rinserrano il piloro e la prima porzione del duodeno: le tuniche viscerali sono infiltrate, ispessite per un tessuto di sclerosi, ed hanno perduto la loro elasticità, mentre il rivestimento peritoneale è profondamente alterato.

Piloroplastica.

(1) CARLE e FANTINO, loc. cit., pag. 112.

Queste condizioni anatomo-patologiche sono sfavorevoli per la esecuzione della piroloplastica che reclama, per dare buoni risultati, dei tessuti molli ed elastici: i fili, destinati a ravvicinare i bordi dell'incisione, stracciano facilmente le tuniche intestinali rese friabili, le sierose sono male avvicinate, il calibro pilorico è insufficientemente aumentato. Inoltre la pratica ha dimostrato che la piroloplastica espone a delle recidive: una cicatrice retrattile si forma a livello della linea di sutura e gli eccellenti risultati funzionali, constatati poco tempo dopo l'operazione, non si mantengono sempre tali. Il DURANTE, in tre suoi operati di piroloplastica, dovette più tardi intervenire con la gastro-enterostomia (V. Statistica. Osserv. V, VI, XIII), riscontrando in due casi (V, XIII) riproduzione della stenosi: un fatto simile occorre al CECCHERELLI.

Nei casi di grave ectasia gastrica con ipotrofia della muscolare del ventricolo, la piroloplastica si dimostrò pure insufficiente ad eliminare il ristagno, perchè lo stomaco non ha la forza di contrarsi e spingere il contenuto a livello del piloro.

Indicazione della piroloplastica.

L'indicazione della piroloplastica resta dunque limitata ai restringimenti fibrosi semplicemente anulari, allorchè la muscolare del ventricolo conserva tutta la propria tonicità, e la gastroectasia non è rilevantissima: quando, sopra tutto, non esistono fatti di peripilorite e neoproduzione infiammatoria, e le pareti che devono essere interessate dalla incisione lineare conservano una sufficiente elasticità.

Plastica gastro-duodenale (DURANTE).

La *plastica-gastro-duodenale*, ideata ed eseguita dal prof. DURANTE, in un caso del tutto eccezionale, non aspira ad entrare nella pratica come metodo di elezione per la cura della stenosi pilorica.

Divulsione pilorica.

La *divulsione digitale* del LORETA, e la *dilatazione strumentale* del RICHTER non trovano più ormai alcun fautore, perchè i restringimenti fibrosi, nei quali tali metodi sono soltanto applicabili, come è naturale in simili tessuti, facilmente recidivano, e perchè, occorrendo forte distensione per ottenere lo scopo, sovente succedono notevoli lacerazioni a tutto spessore delle pareti piloriche ristrette (DURANTE).

Gastro duodenostomia sottopilorica (VILLARD).

La *gastro-duodenostomia sottopilorica* di VILLARD è stata praticata solo eccezionalmente, perchè di difficile esecuzione quando l'antro prepilorico non sia notevolmente dilatato, e perchè nei

casi di grave gastro-ectasia con atonia è spesso insufficiente ad eliminare il ristagno.

La *gastro-enterostomia*, applicabile in ogni caso di stenosi pilorica benigna, diviene operazione di necessità allorché coesistano fatti di peripilorite e di grave gastroectasia con ipotrofia della muscolare del ventricolo. Aprendo una larga e facile via di scarico nella parte più bassa dello stomaco, si è sicuri di eliminare in modo assoluto ogni ristagno e si provvede alla nutrizione del paziente, mentre la tunica muscolare gastrica va riacquistando grado, grado, la propria tonicità. Gli ottimi risultati funzionali ottenuti con la gastro-enterostomia in un numero assai rilevante di stenosi piloriche benigne, hanno dimostrato in modo irrefutabile quanto il NOVARO (1) fosse nel vero allorché, nel 1890, affermava che « questa operazione ci può, in caso di stenosi non da neoplasmi maligni, dare una guarigione, sì che le funzioni dell'apparato gastro-enterico si compiano regolarmente e per un tempo indefinito ».

Gastro-enterostomia.

c) *Stenosi pilorica da cause estrinseche.*

La stenosi *per compressione*, con o senza lesioni secondarie del piloro, si verifica per tumori svoltisi nel fegato, nel pancreas e nelle glandule linfatiche (DURANTE). In un caso del MACLEAU (2) la compressione sul piloro era determinata da un ascesso epatico. TERRIER e HARTMANN (3), in una malata assolutamente cachettica, d'apparenza cancerosa, con dilatazione gastrica e ristagno, videro scomparire ogni sintoma in seguito ad una *epatopessia*. Noi abbiamo operato un caso perfettamente analogo a questo: la ptosi del fegato aveva determinato un ripiegamento ad angolo della prima porzione del duodeno, dando luogo a gravi fenomeni di stenosi: praticammo l'epatopessia ed i disturbi gastrici cessarono completamente.

Stenosi per compressione.

Epatoptosi.

Il PACINOTTI (4) ha descritto un caso di stenosi pilorica secondaria a cisti da echinococco del fegato.

(1) NOVARO G. F., Contributo alla chirurgia dello stomaco. *Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena*, Serie IV, vol. II, 1890.

(2) MACLEAU, *British med. Journal*, 1 apr. 1885, pag. 169.

(3) TERRIER et HARTMANN, loc. cit., pag. 205.

(4) PACINOTTI, G., La locale progressione dell'echinococco del fegato in rapporto all'ulcera pilorica ed alla peripilorite, *R. Accademia di Med. di Torino*, 1900, vol. VI, fasc. VI.

Peritonite localizzata.

Una peritonite localizzata, che il più delle volte è consecutiva ad un'ulcera; ma che, secondo HAYEM (1), può esser dovuta ad una duodenite, ad un processo tubercolare guarito o ad una lesione traumatica, è causa talora di stenosi pilorico-duodenale.

Stenosi pilorico-duodenale d'origine biliare.

Fra tutte le stenosi di origine estrinseca sono però indubbiamente più frequenti quelle dovute ad affezioni delle vie biliari. TUFFIER e MARCHAIS (2) studiarono diffusamente questo argomento: più tardi BOARI (3) vi portò il contributo di due osservazioni cliniche. Nelle stenosi di origine biliare la compressione pilorico-duodenale si effettua in differenti modi. La cistifellea, ripiena di calcoli, può agire meccanicamente per semplice pressione sul piloro, come nel caso di PEPPER (4). Un calcolo incuneato nel coledoco può comprimere ed occludere il lume del duodeno, al punto da dare una occlusione completa. Un caso del RIEDEL (5) (colecistite da causa indeterminata) dimostra lo strangolamento del piloro per briglia peritoneale. Il caso più frequente è quello di aderenze che imprigionano il piloro, o lo fissano in posizione viziosa, come nei casi del DURANTE (6) e del BOARI (7): talvolta il tessuto di neoproduzione infiammatoria comprime il piloro circolarmente, fino ad obliterarlo (8). In altri casi si trovano insieme calcoli, aderenze, fistole, e, qualche volta, una collezione purulenta: è allora difficile stabilire quale di questi elementi è causa di compressione: il più spesso agiscono tutti insieme.

Cura della stenosi da cause estrinseche.

La cura chirurgica della stenosi pilorico-duodenale da cause

(1) HAYEM, *Bullett. de l'Acad. de med.*, Paris, 1898, t. XXXIX, pag. 402.

(2) TUFFIER e MARCHAIS, Des retrécissements du pylore d'origine hépatique. *Rev. de Chir.*, 1897, pag. 100. — MARCHAIS, These de Paris, 1897-98, n. 149.

(3) BOARI A., Contributo alla diagnosi ed alla cura delle stenosi pilorico-duodenali d'origine biliare. *XIV Congr. della Soc. Ital. di Chir.*, Roma, 1899.

(4) PEPPER, in GALLIARD, Obstruction pylorique par calcul biliaire. *Presse Medicale*, 1895, pag. 337.

(5) RIEDEL, *Arch. fur klin. Chir.* t. XLVII, pag. 169, obs. 6^a.

(6) DURANTE, in ALESSANDRI, Sulla chirurgia delle vie biliari, *Poli-clinico*, 1899.

(7) BOARI, loc. cit.

(8) HOCCHHAUS, *Berliner med. Wochens.*, 1892.

estrinseche può farsi in due modi: o rimuovendo l'ostacolo che disturba la funzione del piloro e del duodeno, o aprendo un'altra via al contenuto stomacale per mezzo della gastro-enteroanastomosi. In rari casi una cura medica della litiasi biliare potrà eliminare o mitigare i sintomi di stenosi: il più delle volte l'intervento chirurgico sarà necessario.

Certamente l'ideale, in questi casi, sarebbe di poter togliere l'impedimento che ostacola la funzione pilorico-duodenale: ma assai spesso il chirurgo si trova a lottare con difficoltà insormontabili. Se è possibile la colecistectomia o la enucleazione di un sarcoma delle glandole linfatiche e dell'omento gastro-colico, deve ritenersi assai pericolosa, per non dire impossibile, l'asportazione di un tumore maligno del fegato o del pancreas che sia giunto a far valida compressione sul piloro (DURANTE). Il distacco di aderenze poco tenaci o la sezione di briglie che fissino il piloro o il duodeno con la cistifellea in posizione viziosa, potrà riuscire possibile in alcuni casi e talvolta agevole; ma il più delle volte ci troveremo di fronte ad un ammasso di tessuti induriti che avvolgono il piloro, il duodeno, la cistifellea e li fissano saldamente alla faccia inferiore del fegato.

In tali condizioni crediamo assolutamente sconsigliabile il tentativo di distaccare le aderenze liberando questi organi: si correrebbe il rischio di ledere la cistifellea o l'intestino, ovvero di mettere in vista un'ulcera pilorica o duodenale che fu probabilmente il punto di partenza dell'affezione, poichè potrebbe aver perforato la cistifellea cagionando infezione biliare (CODIVILLA), oppure si potrebbe aprire una raccolta purulenta incistata. Infine, anche riuscendo, dopo una lunga e laboriosa operazione, ad isolare i vari organi, ne residuerebbero immancabilmente larghe lacerazioni della tunica sierosa, con la quasi assoluta certezza che nuove e valide aderenze tornerebbero a prodursi in breve tempo.

In tutti questi casi, in cui il rischio è grave ed evidente, trova la sua indicazione formale la gastro-enterostomia, sola o associata alla colecisto-enterostomia (BOARI), o alla colecistectomia (ROUTIER) (1), a seconda delle indicazioni che potranno

Indicazione della gastro-enterostomia nella stenosi da cause estrinseche.

(1) ROUTIER, *Société de Chirurgie*, 12 apr. 1899.

emergere dalle speciali condizioni anatomico-patologiche. Anche in questi casi appare evidente la superiorità della gastro-enterostomia sulla piloroplastica che il CARLE (1) associò, in due casi, alla colecistectomia: i fatti di peripilorite costituiscono, come dicemmo più sopra, una condizione del tutto sfavorevole alla esecuzione di quest'atto operativo.

d) *Sifilide del piloro. — Piloroduodenite tubercolare.*

Fino dal 1894 il DURANTE (2) affermava, sulla base della propria osservazione clinica, che le stenosi piloriche, consecutive ad ulcere sifilitiche e specialmente tubercolari, non sono straordinariamente rare.

Stenosi sifilitica.

I casi di sifilide del piloro che abbiamo raccolto nella letteratura sono cinque. Oltre quello operato dal DURANTE si conoscono l'osservazione di DIEULAFOY (3), due casi di EINHORN (4) ed uno di HEMMETER STOKES (5). Una gomma del piloro può dar luogo ad una stenosi grave: così pure le cicatrici consecutive ad ulcerazioni sifilitiche. In uno dei casi di EINHORN esisteva, in corrispondenza del piloro, un tumore ovale che, a prima vista, dava l'impressione di un cancro, e che col trattamento specifico scomparve completamente in qualche settimana: nel secondo caso nessuna tumefazione poté palparsi in corrispondenza del piloro; ma l'inefficacia del trattamento generale che fu continuato per qualche tempo, ed il rapido miglioramento ottenuto con la cura specifica, dimostrarono sufficientemente la diagnosi di sifilide. È del resto assai probabile che non pochi casi di stenosi cicatriziale pilorica ripetano la loro origine da pregresse ulcerazioni di natura sifilitica.

Cura della stenosi sifilitica.

Per quanto riguarda le indicazioni della gastro-enterostomia nei restringimenti da cicatrice, ci riferiamo a quello che si è detto più sopra. In tutti i casi in cui si abbia ragione di sospettare una gomma localizzata al piloro, i pazienti dovranno

(1) CARLE, loc. cit. *Il Policlinico*, 1898, Osserv. 5-6.

(2) DURANTE, Considerazioni intorno ai restringimenti pilorici ecc. *Policlinico*, 1894, pag. 303.

(3) DIEULAFOY, Accademia di medicina di Parigi, 17 maggio 1898.

(4) EINHORN, Siphilis of the Stomach, *Phil. med. Journal*, febr. 3, 1900.

(5) HEMMETER e STOKES, *Archiv. fur Verdaunungskrankheiten mit Einschluss der Stoffwechselfathologie un der Diabetik*, Bd. VII, H. 4-5, 1901. In *Rif. Med.* a, XVII, vol. IV, pag. 861.

essere sottoposti ad un intenso trattamento specifico, e, soltanto quando l'esito della cura riesca completamente negativo, un intervento chirurgico sarà giustificato.

Caratteristiche sono le stenosi per tubercolosi sulle quali il DURANTE (1), per il primo, richiamò l'attenzione dei chirurghi. Nei due casi che ebbe ad operare, egli riscontrò « il piloro ed il duodeno (questo per un terzo in un caso e per due terzi nell'altro) ingrossati, inspessiti e succulenti, per cui avevano tutta la forma e la grandezza di un grosso banana. Il peritoneo della regione intorbidato ed iperemico. Essudati recenti ed antichi avevano reso il piloro ed il duodeno saldamente attaccati agli organi circonvicini. Lo spessore dei tessuti nel primo caso misurava un maximum di circa un centimetro, la superficie di taglio aveva un colorito rosso-grigiastro, solcata a breve distanza ed irregolarmente da strie di tessuto perlaceo che si confondevano da un lato al peritoneo e dall'altro in uno strato di tessuto di aspetto fibroso tendineo: su questo, e verso la superficie interna, giaceva un tessuto anemico, friabile, facile a spazzarsi con la semplice strofinazione di un tampone. Il diametro del lume del piloro e duodeno, nella parte più ristretta, permetteva appena il passaggio di una penna d'oca, e dei piani anatomici delle loro pareti non vi era più traccia visibile ».

Nella statistica da noi raccolta figurano 29 casi di piloro-duodenite tubercolare, su 590 interventi praticati per lesioni non cancerigne; la frequenza di quest' affezione raggiungerebbe dunque il 4,91 %.

La indicazione della gastro-enterostomia nella tubercolosi pilorico-duodenale è assoluta. Dato un restringimento in cui la flogosi cronica è ancora attiva e le pareti piloriche ed in parte duodenali sono ispessite, infiltrate, rammollite, non sarà possibile ricorrere alla piloroplastica, sia perchè lo sbrigliamento di tutta la porzione stenotica richiederebbe una incisione troppo ampia, e non riescirebbe facile ravvicinarne i margini trasversalmente, sia perchè i tessuti, facilmente friabili e lacerabili, renderebbero impossibile praticare i diversi piani di sutura. La resezione della porzione stenosata riuscirebbe il più delle volte inesequibile per le estese aderenze contratte dal piloro e dal

Stenosi tubercolari.

Frequenza delle stenosi tubercolari pilorico-duodenali.

Indicazione della gastro-enterostomia nelle stenosi tubercolari.

(1) DURANTE, loc. cit.

duodeno cogli organi vicini, e d'altronde i risultati ottenuti con la gastro-enterostomia sono, come vedremo, lusinghieri abbastanza per farla preferire, in ogni caso, a qualsiasi altra operazione.

Riassumiamo qui la osservazione di un caso di stenosi pilorico-duodenale, in cui facemmo diagnosi di tubercolosi.

OSSERVAZIONE XII. — *Piloro-duodenite tubercolare.* — *Gastro-enterostomia anteriore alla WÖLFLER.* — *Guarigione operatoria.*

Ceccamea Brizi Vincenza, del fu Angelo, di anni 25, di Barbarano Romano, viene ricoverata nell'ospedale di Vetralla l'8 gennaio 1897.

Anamnesi. — Il padre della paziente è morto da vari anni per una malattia cronica alle gambe di cui non si sa precisare la natura: la madre ed un' unica sorella sono viventi ed in buona salute.

La malata narra che, a 12 anni, soffrì di una seria malattia all'addome, con dolori, febbre serotina, tumefazione del ventre (ascite?), per cui era ridotta in gravi condizioni. Non ricorda le cure che le vennero praticate; ma dopo vari mesi finì per guarire. Mestrualò a 17 anni, fu leggermente dismenorrea e a 18 anni andò a marito, restando incinta soltanto 2 anni dopo. Fino dai primi tempi della gravidanza la paziente ebbe e soffrì di dispnea, tanto da non poter rimanere coricata durante il sonno: nella stessa epoca ebbe, per più volte, leggera emoptoe che si originava senza tosse nè conati di vomito: la malata emetteva alcuni sputi macchiati in rosso rutilante e non provava altro fastidio. Questo fatto si continuò per tutta la gravidanza che ebbe termine con un parto normale, e il cui prodotto fu una bambina tuttora vivente e di sana costituzione. Col parto cessarono le emottisi, senza che la paziente avesse fatto cure di sorta. L'allattamento si prolungò per due anni, senza che, durante questo tempo, riapparisse il flusso mestruale. Subito dopo la paziente ebbe a soffrire di dolori quasi continui alla regione uterina, con continua e leggera metrorragia, per circa un anno; questa metrorragia e i relativi dolori scomparvero senza cure locali nè generali. Trascorso un anno in buona salute, sorsero in campo i fenomeni patologici per i quali la malata ha ricorso alle nostre cure.

Dapprima ebbe a soffrire di leggera dolorabilità all'epigastrio, subito dopo il pasto: quindi incominciò a manifestarsi il vomito di parte dei cibi ingeriti, e in seguito il vomito si ripeteva costantemente dopo ogni pasto. Presentemente, subito dopo l'ingestione di alimenti, la paziente incomincia a sentire all'epigastrio un senso di peso, che ben presto si cambia in vero dolore, specie verso la regione pilorica, irradiantesi alla base del torace destro, posterior-

mente: le contrazioni stomacali causano intanto una penosa sensazione alla malata, fino a che insorge il vomito, da 2 a 6 ore dopo il pasto. Mai si ebbero vomiti color caffè nè deiezioni nerastre: i dolori gastrici cessano a stomaco vuoto e dopo il lavaggio gastrico.

Esame obbiettivo. — Donna di media statura, a costituzione scheletrica regolare; masse muscolari atrofiche, pannicolo adiposo scarsissimo, colorito del volto pallido, pallide le mucose visibili. L'esame dei polmoni esclude che vi siano processi specifici in alto; il cuore è debole ma normale. Alla ispezione dell'addome la cute appare normale; in corrispondenza dell'epigastrio si nota una tumefazione mobile, globosa, che va da sinistra verso destra e si estende fino all'ombellico. Palpando sull'epigastrio si eccita scarsa dolorabilità, alquanto più forte sulla regione pilorica, dove le dita, infossandosi, percepiscono una resistenza dura, globosa. Con la percussione si riscontra che l'area stomacale si estende, in basso, fino a due dita trasverse al disotto della cicatrice ombellicale. Il rumore di guazzamento è facilmente percepibile anche a distanza.

Col lavaggio dello stomaco, praticato a digiuno, si estraggono residui degli alimenti ingeriti nei giorni precedenti. Somministrato il pasto di prova alla EWALD, ed estratto il contenuto stomacale un'ora dopo, si riscontra: reazione spiccatamente acida, presenza di acido cloridrico libero, assenza di acido lattico.

La quantità media di urine, emessa nelle 24 ore, è di 700 cc.: peso specifico 1023, colore rossastro, reazione acida, assenza dell'albumina e dello zucchero. Stipsi abituale; feccie a scibale.

Diagnosi: piloro-duodenite tubercolare e stenosi consecutiva.

Atto operativo. — 12 gennaio 1897 (MATTOLI). — Cloronarcosi, previa iniezione morfio-atropinica: assistono i colleghi CASSANI, GUGLIUZZO e SMERALDI. — Incisione mediana, da 2 dita trasverse sotto l'appendice sifoide alla cicatrice ombellicale. Lo stomaco, fortemente ecclasico, è fissato con estese e forti aderenze ai visceri vicini e al peritoneo parietale: anche le anse intestinali, spiccatamente atrofiche, aderiscono estesamente tra loro e al peritoneo parietale. Il distacco delle aderenze riesce lungo e laborioso. Scoperta la regione pilorica, si osserva il piloro e la prima porzione del duodeno ingrossati di volume, di aspetto torbido, di consistenza dura-inelastica, fissati per aderenze alla faccia inferiore del fegato. La ricerca dell'ansa digiunale, a causa delle aderenze, riesce oltremodo difficile e penosa.

Pratico la gastro-enterostomia anteriore alla WÖFLER, mediante tre piani di sutura, con la solita tecnica: l'atto operativo dura, in complesso, un'ora e dieci minuti, essendosi impiegata la metà di

questo tempo nello isolamento dei visceri da anastomizzare. La malata, debolissima, si desta in discrete condizioni.

Decorso postoperatorio. — Normale, guarigione per prima della ferita operatoria. In 10^a giornata la paziente è colta da infezione reumatica febbrile, di cui guarisce in 3 o 4 giorni. Dal 3^o giorno in poi si ha diarrea insistente, non fetida, da inerzia intestinale, che cede ad un appropriato trattamento medico. La nutrizione con liquidi s'incomincia 24 ore dopo l'atto operativo; in 5^a giornata minestra ed uova, in 8^a carne, in 12^a la dieta comune. Dopo circa un mese dall'atto operativo, la paziente ritorna al suo paese, essendo completamente guarita dei disordini funzionali a carico dello stomaco, per cui non ebbe più a risentire fastidio alcuno: è cresciuta in peso di 2 kg. e mangia con appetito; ma, ciò malgrado, si lamenta di una grande debolezza.

Tre mesi più tardi la paziente venne a morire con tutti i sintomi di una tubercolosi miliare: a quanto mi assicurava il di lei medico curante, la funzione dello stomaco si mantenne sempre perfetta.

Malgrado ci manchi la conferma dell'esame istologico, la diagnosi di *piloro-duodenite tubercolare* non ci sembra dubbia. Il padre della paziente morì per malattia cronica ad una gamba, malattia di cui non sappiamo la natura, ma che fa molto pensare ad una affezione tubercolare. La paziente soffrì, a 12 anni, di una malattia all'addome, il cui quadro corrisponde appunto a quello della peritonite tubercolare: a vent'anni, durante la gravidanza, è, per più mesi, emoptoica, e, due anni più tardi, presenta i sintomi di una endometrite granulosa emorragica. Sorgono infine i fatti a carico dello stomaco, ed i disturbi funzionali raggiungono in poco tempo la massima intensità. Lo stato generale della paziente, la palpazione di una durezza alla regione pilorica, l'età, tutto faceva pensare ad un'affezione specifica. Ed il reperto anatomico-patologico riuscì, dopo aperto il ventre, assai evidente: le numerose e salde aderenze dei visceri col peritoneo parietale testimoniavano la peritonite progressiva, mentre la tumefazione del piloro, estendentesi alla prima porzione del duodeno, e l'aspetto macroscopico della tumefazione stessa stavano a provare la giustezza della diagnosi. Infine una ultima prova ci fu offerta, purtroppo, dalla natura della malattia che condusse a morte l'operata, tre mesi più tardi.

e) *Stenosi congenita del piloro.*

La stenosi congenita del piloro è stata molto bene studiata, in questi ultimi anni, e sembra riscontrarsi più frequentemente di quanto si credette per il passato. Molti ed importanti lavori si pubblicarono sull'argomento.

Varietà della stenosi congenita pilorico-duodenale.

Il KAMMERER (1) distingue due varietà di stenosi congenita. In una prima varietà la stenosi è di altissimo grado; il piloro e la prima porzione del duodeno sono ridotti ad una corda fibrosa e la chiusura del lume pilorico-duodenale è quasi completa. Questa forma è molto probabilmente il risultato di una peritonite fetale di natura sifilitica. In una seconda varietà la stenosi interessa soltanto le pareti piloriche, e diventa clinicamente apparente solo dopo qualche mese della vita extrauterina. In questo caso la stenosi sarebbe dovuta ad una iperplasia dello strato muscolare circolare del piloro.

Ipotesi dello spasmo pilorico.

Il PFAUNDLER (2), in un esame critico dei casi pubblicati, poneva in dubbio che si trattasse veramente di una ipertrofia della tunica muscolare, facendo esservare che caratteri simili a quelli descritti per quest'affezione si riscontrano in uno stomaco normale con contrazione del piloro persistente dopo la morte. I sintomi morbosi, in tali casi, sarebbero da riferirsi a disordini gastro-intestinali, tanto frequenti nei piccoli bambini.

Ma il LÖBKER (3) dimostrò che il restringimento è dovuto realmente ad una ipertrofia della tunica muscolare del piloro e del duodeno, simulante i caratteri di un vero mioma: non sembra impossibile, *a priori*, che questa affezione possa avere un andamento progressivo. Nei preparati, presentati da questo A. alla Società tedesca di chirurgia, l'ipertrofia della muscolare era perfettamente visibile, mentre la mucosa pilorica era normale.

Stenosi da ipertrofia della muscolare del piloro e del duodeno.

Il restringimento congenito del piloro presenta un quadro clinico tipico: le prime settimane passano normalmente, poi i

(1) KAMMERER F., Benign obstruction of the pylorus, *Annals, of Surgery*, vol. XXXII, 1900, pag. 17.

(2) PFAUNDLER, Zur Frage der sogenannten kongenitalen Pylorusstenosen und ihre Behandlung. *Wien. klin. Wochens.*, 1898, n. 45-52.

(3) LÖBKER, Società tedesca di Chir., 30° Congr., Berlino 10-13 apr. 1901, *Semaine Médicale*, 1901, pag. 134.

piccoli malati incominciano a vomitare e non emettono più le feccie, non per costipazione, ma per inanizione.

Casi operati.

Lo STERN (1), per il primo, intervenne in un caso di stenosi congenita del piloro, praticando la gastro-enterostomia, con esito infausto. Più tardi il KEHER (2) riferì due casi da lui operati con completo successo: in entrambi praticò la gastro-enterostomia, adottando nel primo il metodo WÖLFLEER e nel secondo quello di VON HACKER. Il LOBKER (3) intervenne, pure in due casi, con la gastro-enterostomia posteriore, ottenendo in uno la guarigione.

Lo SCHMIDT (4) intervenne in un caso, praticando la divulsione digitale del piloro fortemente contratto.

Indicazioni operatorie.

Le indicazioni operatorie, nella stenosi congenita pilorico-duodenale, sono state formulate esattamente dal LOBKER (loc. cit.). « Per il semplice spasmo pilorico non necessita l'intervento. Nei veri restringimenti la divulsione non offre alcuna speranza di riuscita, perchè la stenosi si estende su di una buona porzione del duodeno: per la stessa ragione, non si può pensare alla piloroplastica. Il solo intervento razionale è la gastro-enterostomia che, per la brevità del mesentere dell'intestino tenue nel neonato, dovrà esser praticata coi metodi posteriori ».

f) *Ulcera gastrica (trofica) in corso di evoluzione.*

Dal punto di vista etiologico ed anatomo-patologico, nello stomaco vanno distinte diverse specie di ulcere, quali sono la *catarrale*, la *tuberculare*, la *sifilitica* e forse anche l'*actinomicotica*. In nessuna di queste però il processo si limita alla necrobiosi pura e semplice, con tendenza di approfondirsi più che di estendersi nei tessuti, come nella cosiddetta *ulcera rotonda* o perforante, per la quale il DURANTE ritiene più confacente il no-

(1) STERN, Ueber Pylorusstenose beim Säugling nebst Bemerkungen über deren chirurgische Behandlung. *Deut. med. Wochens.*, Leipzig, 22 sett. 1898, pag. 601.

(2) KEHER, 29° Congr. della Soc. ted. di Chir., 18-21 apr. 1900, *Semaine Médicale*, 1900, pag. 146.

(3) LOBKER, eod. loc.

(4) SCHMIDT, *Sem. Méd.*, 1901, pag. 134.

me di ulcera *trofica*, perchè si riscontrano in essa tutte le note anatomiche e cliniche che questo A. ha fatto rilevare nel male perforante del piede (1).

Secondo BRINTON l'ulcera trofica sarebbe un'affezione comune, poichè, su 100 reperti anatomici, l'ha riscontrata 5 volte in attività, in via di cicatrizzazione o cicatrizzata.

L'età, il sesso, le malattie pregresse o in atto, le condizioni sociali, i traumatismi e le latitudini geografiche sono stati invocati come cause predisponenti o determinanti di quest'affezione. Tutti questi momenti etiologici possono più o meno agire come cause determinanti; ma il processo non assume la forma anatomo-patologica e il quadro clinico classico se i tessuti dello stomaco non sono predisposti da profondi perturbamenti della loro innervazione trofica (DURANTE).

L'ulcera trofica talvolta decorre senza dar segni della sua esistenza, tal'altra si annunzia con abbondante ematemesi o con i sintomi di peritonite da perforazione. Le ulcere *lenti*, secondo il SAVARIAUD (2), non sono punto rare: sembra anzi che la latenza sia triste privilegio delle ulcere perforanti ed emorragiche.

Nella maggior parte dei casi l'affezione decorre con una sindrome fenomenica imponentissima: la gastralgia tormentosa, i disturbi digestivi, il vomito, e più ancora le ripetute emorragie abbattano le forze dell'infermo, lo denutriscono e lo rendono anemico. Se l'emorragia non si ripete a brevi intervalli i fatti di anemia scompaiono in breve tempo. Lo stato di alternativa tra miglioramento, peggioramento o guarigione apparente può durare per lungo tempo ed anche per anni. La riattivazione del processo o la recidiva sogliono manifestarsi con copioso vomito di sangue, indi seguono le gastralgie ed il vomito del materiale ingerito.

Il sintoma *emorragia* ha la massima importanza sotto il punto di vista chirurgico: questo sintoma non è costante e si avrebbe solo nei $\frac{1}{3}$ dei casi, secondo LEBERT. L'emorragia può essere il primo segno dell'ulcera dello stomaco: talvolta

(1) DURANTE F., Sul male perforante del piede. *Archiv. di chir. prat. di F. Palasciano*, vol. XII, Napoli, 1874.

(2) SAVARIAUD M., De l'ulcere hemorrhagique de l'estomac et de son traitement chirurgical, *These de Paris*, 1898, pag. 31.

l'ulcera non si rivela che per una emorragia fulminante, ed è constatata all'autopsia; ma più frequentemente l'ematemesi è preceduta dal vomito e dal dolore.

Il SAVARIAUD (loc. cit.) distingue tre varietà di *ulcera emorragica*: l'ulcera ad *emorragia fulminante* che determina la morte in qualche minuto; l'ulcera ad *emorragia acuta* o di media intensità (se l'ematemesi è unica il malato si rimette rapidamente, ma, ripetendosi, può condurre a morte in uno spazio di tempo che varia da qualche ora a più settimane); l'ulcera ad *emorragia cronica* e lieve, il cui carattere principale è una straordinaria tenacità.

L'ulcera è ordinariamente unica. Su 47 casi, una volta l'ulcera era doppia, una volta tripla, in un caso si riscontrano 8 ulcerazioni del volume di una lenticchia (3 piloriche e 5 duodenali), finalmente in un quarto caso, si avevano 17 ulcerazioni piloriche (SAVARIAUD).

La sede dell'ulcera è varia, e non sembra dimostrato che si riscontri con la massima frequenza sulla regione pilorica. Nei primi 21 casi operati dal TRICOMI (1), l'ulcera era situata 7 volte nella piccola curvatura, 6 sulla faccia posteriore, 5 sul piloro e 3 sulla parete anteriore.

La diagnosi dell'ulcera trofica non è sempre facile, perchè i sintomi caratteristici (dolore, vomito, emorragia) non si manifestano contemporaneamente, in taluni casi. È allora necessario tenere per qualche tempo in osservazione i pazienti, fino a che non si delinei nettamente la sindrome fenomenica.

L'ortofornio
nella diagnosi
dell'ulcera ga-
strica.

Recentemente il GOLDSCHIEDER (2) si servì dell'ortofornio come mezzo diagnostico nei casi dubbi di ulcera gastrica. Questo farmaco ha proprietà analgesiche; ma esercita tale azione localmente, vale a dire a contatto delle terminazioni nervose; quindi, per avere l'analgesia, è necessaria una soluzione di continuo. Dalle esperienze di questo A. sarebbe risultato che un grammo di ortofornio, somministrato in sospensione in mezzo bicchiere d'acqua, non ha alcuna azione nei casi di gastralgia semplice e di turbe dolorifiche derivanti da ga-

(1) TRICOMI prof. E., La cura radicale dell'ulcera semplice gastrica in corso di evoluzione. *Archiv. ed Atti della Soc. It. di Chir.* XIII Ad., 1899, pag. 241.

(2) GOLDSCHIEDER, *Deut. med. Wochen.*, 1898.

strite lenta; invece la sua azione analgesica sarebbe spiccata nei casi di ulcera trofica in corso di evoluzione. Il MEMMI (1) della Clinica Medica di Siena, ha sperimentato in più casi di ulcera l'ortoformio, con risultati positivi.

L'ulcera trofica è malattia certamente grave; ma non tanto poi quanto generalmente si crede (DURANTE). Il LEBERT dava una mortalità dell'8 %. Il TRICOMI (loc. cit.), sommando le statistiche di BRINTON, DEBOVE, GERHARDT, ROBIN e LEBERT, giungeva ad una mortalità media del 31,8 %. Questa cifra sembra tuttavia troppo elevata.

La morte per emorragia, dall'ulcera in corso di evoluzione, si avrebbe, secondo MÜLLER, nell'11 % dei casi, secondo GERHARDT (2) nel 3-5 %, ugualmente nel 3-5 % secondo WELCH (3), nel 6,36 % secondo STEINER (4); la media di mortalità per emorragia data dal SAVARIAUD è del 5 %.

Fino a pochi anni or sono la cura dell'ulcera trofica dello stomaco era affidata esclusivamente ad un trattamento igienico e medicamentoso: in questi ultimi anni è andata sempre acquistando maggior favore l'idea dell'intervento chirurgico. Però gli entusiasmi di alcuni operatori non sono condivisi da tutti i chirurghi, e si è ancora ben lungi dall'ottenere un accordo in proposito.

Cura chirurgica dell'ulcera trofica dello stomaco.

Crediamo per ciò utile riassumere con una certa larghezza lo stato attuale della questione, onde poter giungere a formulare, con la maggior possibile esattezza, le indicazioni della gastro-enterostomia che è l'oggetto del nostro studio. Il RYDYGIER (5), nel 1881, intervenne con la resezione in un caso di ulcera pilorica con stenosi. VON KLEEF (6) CZERNY (7), BILLROTH ed altri ripeterono, poco dopo, la stessa operazione. In tutti questi casi però l'intervento non era stato determinato dall'emorragia, bensì dalla stenosi.

(1) MEMMI dott. G., Note di semeiologia gastrica, *Rif. Med.*, 1901 n. 112-116.

(2) GERHARDT, *Deut. med. Woch.*, 1888, S. 349.

(3) WELCH, in MIKULICZ, *Berlin. klin.* 1897, pag. 489.

(4) STEINER, in LEUBE, *Ziemssen's Handbuch.*, 7, 11, S. 113.

(5) RYDYGIER, *Berl. Klin. Woch.*, 1882, n. 3.

(6) VON KLEEF, *Cent. f. Chir.*, 1882, pag. 756.

(7) CZERNY, *Arch. f. klin. chir.*, 1887, t. XXX, pag. 1.

Fu il GALLIARD (1) che, nel 1882, intravide per il primo l'opportunità di un intervento chirurgico, diretto ad arrestare le gravi emorragie dovute all'ulcera gastrica.

MIKULICZ (2), nel 1887, in un caso di ulcera pilorica in atto, interviene con la laparotomia, incide il piloro, cauterizza l'ulcera e pratica la piloroplastica.

GANNETT (3), nel 1888, fa operare dal MIXTER un individuo che da tre anni era affetto da ematemesi: l'O., trovato il piloro aderente al pancreas, richiude il ventre, senza agire direttamente sull'ulcera pilorica. Nel 1889 il DE SALTZER, nella Clinica del BILLROTH, opera d'urgenza un individuo affetto da gravissima ematemesi: non potendo rintracciare l'ulcera, pratica la gastrostomia, con l'idea d'intervenire una seconda volta al riprodursi della emorragia; ma il malato muore dopo 3 giorni.

Al Congresso francese di chirurgia del 1893, il ROUX riferiva l'osservazione clinica di un caso da lui operato, in cui un'ulcera rotonda circoscritta, situata sulla piccola curvatura in prossimità del piloro, aveva eroso l'arteria coronaria, dando luogo a gravissime emorragie: la doppia legatura dell'arteria, l'escissione dell'ulcera e la sutura furono coronate da successo.

Le prime due gastro-enterostomie per ulcera emorragica furono praticate dal KÜSTER (4) nel 1891 e nel 1894. Nel primo caso si trattava di una larga e profonda ulcera della parete posteriore dello stomaco, che venne cauterizzata col termocauterio: contemporaneamente, coesistendo una stenosi del piloro, l'A. usufruì dell'apertura stomacale praticando la gastro-enterostomia. Nel secondo caso le condizioni erano analoghe, e l'intervento fu in tutto uguale al caso antecedente. Conviene però notare che il KÜSTER esegui, in questi due casi, la gastro-enterostomia per eliminare i disturbi dovuti alla stenosi pilorica, e non allo scopo di curare l'ulcera gastrica.

È il DOYEN (5) che, nel 1895, preconizza la guarigione dell'ulcera gastrica mercè la gastro-enterostomia e, basandosi sui

(1) GALLIARD, *Arch. gener. de medic.*, 1882.

(2) MIKULICZ, *Archiv. f. klin. Chir.*, 1888, T. 37, pag. 79.

(3) GANNETT, in BOUVERET, *Traité des maladies de l'estomac*, 1895.

(4) KÜSTER, *Archiv. f. klin. Chir.*, 1894, pag. 787.

(5) DOYEN, *Traité chir. des affec. de l'est. etc.*, Paris, 1895.

risultati propri e su quelli del CARLE (8 osservazioni), afferma che la escissione dell'ulcera stessa sarà per divenire operazione di eccezione.

HARTMANN (1), nello stesso anno, in un caso di ulcera gastrica con ripetute ematemesi, esegui la gastro-enterostomia, allo scopo di mettere lo stomaco in riposo: il malato, debolissimo, morì alcuni giorni più tardi per inanizione.

Il TRICOMI (2), nel 1896, riferiva alla Società Italiana di Chirurgia 5 gastro-enterostomie per ulcera semplice dello stomaco, dicendo: « La cura chirurgica dell'ulcera semplice dello stomaco è nel periodo analitico: quando la raccolta delle osservazioni sarà più numerosa, allora sarà fecondo un lavoro di revisione e di disamina per risolvere la questione dell'intervento chirurgico, e stabilire dei corollari proficui alla pratica ».

Mentre la casistica delle gastro-enterostomie per ulcera gastrica in corso di evoluzione andava aumentando per il contributo di TUFFIER, BOND, CARLE, CHAPUT, DOYEN, FERRARI, CODIVILLA, CECCHERELLI, POSTEMPSKI, BASTIANELLI, GIORDANO, ROUX ed altri molti, nei congressi e nelle pubblicazioni scientifiche s'iniziavano importanti discussioni sull'argomento.

Nel 1897, al 26° Congresso della Società tedesca di Chirurgia, il LEUBE ed il MIKULICZ si occupano del trattamento chirurgico delle emorragie da ulcera gastrica. Entrambi fanno una netta distinzione tra le emorragie profuse che pongono rapidamente in pericolo di vita il malato, e le emorragie piccole ma ripetute che conducono all'anemia ed alla inanizione. Questi AA. ritengono poco opportuno l'intervento nelle emorragie profuse, e si mostrano invece favorevoli alla cura chirurgica delle ematemesi croniche, mediante la gastro-enterostomia.

Il DIEULAFOY (3) manifesta poco dopo, all'Accademia di Medicina di Parigi, una opinione affatto diversa. Incoraggiato dal successo ottenuto in un caso da lui fatto operare, non esita a raccomandare l'operazione nelle gravi emorragie. « L'abbon-

(1) HARTMANN, *Presse Médicale*, 1898, pag. 5.

(2) TRICOMI, Cinque gastro-enterostomie per ulcera rotonda dello stomaco, *Arch. ed Atti Soc. It. Chir.*, 1897, pag. 155.

(3) DIEULAFOY, *Presse Médicale*, 1898.

danza della ematemesi, egli afferma, più ancora che la sua ripetizione è una indicazione formale all' intervento ».

Il CECCHERELLI (1) scriveva nello stesso anno che per l'ulcera trofica « la gastro-enterostomia è un rimedio sovrumano, eccellente, consigliabile sopra qualunque altro ».

E il DURANTE (2): « In questi ultimi tempi di agitazione operativa si pretende di curare chirurgicamente tutti i casi di ulcera trofica dello stomaco, sia con l'asportazione dei tessuti ulcerati, sia con la gastro-enterostomia. Se non vi fossero gli splendidi risultati ottenuti con le cure igieniche, io volentieri mi schiererei fra i partigiani dell' intervento, » e soggiungeva che, ad ogni modo, la gastro-enterostomia era da preferirsi alla resezione.

Il TRICOMI (3), in una nuova comunicazione alla Società Italiana di Chirurgia, riferendo 17 casi di gastro-enterostomia da lui praticati per ulcera semplice dello stomaco, si mostrava caldo fautore della *cura radicale* dell'ulcera stessa, e la paragonava, nei suoi effetti, alla cura radicale dell'ernia. Una simile opinione esprimeva il MARION (4).

Invece il GIORDANO (5), giudicando dalla stregua delle proprie osservazioni cliniche, crede « la cura chirurgica indicata per le complicazioni dell'ulcera gastrica che rendono la nutrizione impossibile, con vomiti continuati, dolori ostinati e ribelli, emorragie ripetute, prolungarsi dell'isochimismo » e, lasciando volentieri la cura dell'ulcera in corso di evoluzione ai mezzi medici ed igienici, dice che « se questi mezzi falliscono la cura appartiene al chirurgo, che interverrà in generale con la semplice gastro-enterostomia, riservando le operazioni più gravi ai casi di perforazioni, avvenute od imminenti, o di erosioni di grossi vasi ».

(1) CECCHERELLI A., L'intervento chirurgico nelle malattie dello stomaco. *Confer. Clin. Ital.*, serie I, vol. I., n. 15, 1898.

(2) DURANTE, loc. cit., 488.

(3) TRICOMI, *Arch. ed Atti della Soc. It. di Chir.*, XIII Ad., 1899, pag. 225.

(4) MARION G., De l'intervention chirurgicale dans le cours et les suites de l'ulcère simple de l'estomac, Paris, 1897.

(5) GIORDANO, Considerazioni intorno ad alcuni casi di affezioni del ventricolo curate con la gastro-enterostomia. *Rivista Ven. di Sc. Med.*, 15 mar., 1900.

Il GLUZINSKI (1), occupandosi della cura dell'ulcera gastrica, giunge, tra le altre, a questa conclusione: « Una parte considerevole delle emorragie, in seguito ad ulcera, ha un favorevole decorso con la cura interna, e non abbiamo alcun punto di appoggio speciale per decidere qual caso di emorragia sarà per guarire o quanto sia giustificato affidarlo al chirurgo. Nelle ulcere gastriche con emorragie croniche siamo forzati ad invocare il soccorso chirurgico ».

MAYO ROBSON (2) non è d'accordo con chi stabilisce un parallelo tra cura radicale d'ernia e cura radicale dell'ulcera gastrica mediante la gastro-enterostomia. In principio il trattamento deve essere essenzialmente medico: quando l'ulcera diventa cronica, non resta che tentare la cura chirurgica; la gastro-enterostomia è l'operazione che può essere considerata curatrice dell'ulcera gastrica.

Al 31° Congresso della Società tedesca di Chirurgia, il PETERSEN (3) comunicava il buon successo ottenuto con la gastro-enterostomia in 4 casi di emorragia da ulcera gastrica, operati nella Clinica di Heidelberg, e si dichiarava partigiano di questa operazione. VON EISELBERG, pur convenendo con l'A. che val meglio non ricercare il focolaio emorragico, proponeva di sostituire alla gastro-enterostomia la digiunostomia, operazione più facile e del tutto efficace per quanto concerne l'emostasi.

D'altra parte il KRÖNLEIN dichiarava, nella stessa discussione, di ritenere i risultati della gastro-enterostomia, nella emorragia gastrica, assai meno sicuri di quanto affermava il PETERSEN, e diceva di aver perduto due operati per il recidivare della emorragia, malgrado la gastro-enteroanastomosi praticata; mentre il KÖRTE riferiva l'osservazione di un individuo, operato di gastro-enterostomia per stenosi benigna, e morto dodici giorni più tardi per una grave emorragia gastrica.

Affatto recentemente il CECCHERELLI (4), tornando sull'ar-

(1) GLUZINSKI, *Wien. klin. Wochens.*, 1900, n. 49.

(2) MAYO ROBSON A., W., *The Lancet*, n. 4051, 1901.

(3) PETERSEN, *Semaine Médicale*, 1902, pag. 130-131.

(4) CECCHERELLI A., X Congr. Sanit. dell'Alta Italia, Mantova 4-6 sett., 1902. *La Clin. Chir.*, 1902, n. 9, pag. 831.

gomento, si dimostrava propenso a restringere alquanto il campo dell'intervento nell'ulcera gastrica, « trovandolo razionale per le complicità e conseguenze dell'ulcera, perchè allora non solo si mette in completo riposo il piloro, e si evita così quello spasmo pilorico che talvolta rende impossibile la vita del paziente, ma si rimedia alle complicità avvenute ».

Come scrivevamo poc' anzi, si è dunque ancora ben lungi dall'ottenere un accordo fra le opinioni dei diversi AA., per quanto riguarda l'opportunità, la misura e la qualità dell'intervento chirurgico, nei casi di ulcera gastrica in corso di evoluzione, e più specialmente nella forma emorragica.

L'ideale chirurgico di raggiungere il focolo emorragico e praticare direttamente l'emostasi, si è dimostrato, pur troppo, irrealizzabile in questi casi: molte volte non si riesce a constatare la sede dell'ulcera, anche praticando una larga breccia sullo stomaco; talora è irraggiungibile per la sua ubicazione (cardias); in altri casi è in così intimi rapporti cogli organi vicini (fegato, pancreas) che il chirurgo deve limitarsi ad una *cauterizzazione* i cui vantaggi si dimostrarono spesso affatto illusori. D'altronde, tenuto conto della natura del processo ulcerativo (trofica), la *resezione* non è certo operazione razionale. Con la *digiunostomia* alla MAYDL proposta recentemente da VON EISELBERG, si pone certamente l'ulcera gastrica nelle condizioni più opportune per cicatrizzare; ma occorrerebbe prima stabilire se non sia più conveniente per il malato correr l'alea della semplice cura medica, piuttostochè andare incontro alla desolante certezza di una fistola digiunale.

Quali sono i vantaggi apportati dalla gastro-enterostomia, ed in qual modo quest'atto operativo favorisce la cicatrizzazione dell'ulcera? I sostenitori dell'intervento ad oltranza rispondono: *mettendo in assoluto riposo lo stomaco*. Questa affermazione trova conferma nelle nostre conoscenze sulle funzioni del ventricolo dopo la gastro-enterostomia? DUNIN e ROSENHEIM misero in evidenza il fatto che, dopo l'operazione, lo stomaco si mantiene continente. L'osservazione clinica diligente di un gran numero di operati ha confermato in modo assoluto il fatto stesso: la continenza del neopiloro aumenta quanto più ci allontaniamo dall'epoca dell'operazione, lo stomaco si svuota a periodi, e solo dopo una certa elaborazione dei cibi, precisamente come allo stato normale (CARLE e FANTINO).

Non si può dunque ritenere che uno stomaco anastomizzato al digiuno rimanga costantemente vuoto come quello di un malato lasciato a dieta assoluta, perchè la fistola gastro-intestinale non è un orificio rigido e beante, ma un'apertura labbriforme su cui non cessano di agire le fibre muscolari dello stomaco e dell'intestino. Quindi, anche dopo la gastro-enterostomia, non viene soppressa la digestione stomacale, ed il viscere si svuota, contraendosi, a digestione compiuta.

Una prova semplice e palmare della continenza del neopiloro ci è data dal lavaggio dello stomaco, praticato negli operati di gastro-enterostomia: è facile constatare che si giunge ad estrarre con la sonda tutto il liquido introdotto, ciò che non avverrebbe se la fistola gastro-intestinale permettesse al liquido stesso di passare liberamente nell'intestino.

Ciò premesso si deve concludere che la gastro-enterostomia potrà riuscire più o meno vantaggiosa a seconda della sede dell'ulcera in corso di evoluzione. Un'ulcera della regione pilorica sarà lasciata in condizioni ottime per la cicatrizzazione, perchè il contenuto stomacale, passando per il nuovo orificio, non verrà più ad irritarla meccanicamente: ma non potrà dirsi altrettanto se il processo ulcerativo si svolge in altri punti della mucosa gastrica.

Altri invece sono i vantaggi arrecati dalla gastro-enterostomia: la cessazione del ristagno, nei casi in cui coesiste gastro-ectasia e pilorospasmo, la cessazione del vomito e dei dolori.

Per ciò, senza dividere gli entusiasmi degli interventzionisti ad ogni costo, lasciando al trattamento medico ed igienico la cura dell'ulcera gastrica nella massima parte dei casi, riteniamo poco opportuno l'intervento nelle gravi ematemesi, allorchè s'ignora la sede dell'ulcera e la vita dell'infermo è in pericolo imminente; ma crediamo la gastro-enterostomia logicamente indicata in tutti i casi in cui la sede del processo ulcerativo è localizzata al piloro, soprattutto allorchè esiste pilorospasmo, ristagno e vomito ostinato (*sindrome pilorica*). La cura medico-igienica dovrà essere sperimentata in ogni caso; ma dovrà cedere il passo all'intervento chirurgico nelle ematemesi croniche, ribelli, prima che il paziente giunga allo stato di avanzata cachessia, e quando la gastro-enterostomia potrà ancora essere efficacemente praticata.

g) *Ulcera e stenosi del duodeno.*

Il duodeno è, dopo lo stomaco, la porzione di tubo digestivo su cui l'ulcera rotonda si localizza più frequentemente (COLLIN) (1).

Nella maggior parte dei casi l'ulcera duodenale è situata in prossimità della valvola pilorica. Su 269 casi riportati nella tesi del COLLIN, 242 volte occupava la prima porzione del duodeno, 14 volte la seconda porzione, 3 volte l'angolo inferiore e 3 volte la quarta porzione.

L'ulcera duodenale finisce frequentemente per produrre la perforazione dell'organo: la guarigione spontanea in seguito a cicatrice si osservò nell'8,7 % dei casi ricordati; la cicatrizzazione determina il più delle volte la produzione di una forte stenosi fibrosa.

La morte sopravviene per peritonite da perforazione o per emorragia fulminante: in questo secondo caso, all'autopsia, si può constatare un'ulcerazione dell'arteria epatica, dell'arteria pancreatico-duodenale, della vena porta ed anche dell'aorta.

L'ulcera duodenale sarebbe più frequente nell'uomo (80 %) che nella donna.

La sintomatologia di quest'affezione così viene riassunta dal TRICOMI (2): « Dolore istantaneo 3-4 ore dopo il pasto e della durata di 2-3 ore, sotto forma di colica intestinale, e poi benessere. Dolore alla pressione nel quadrante superiore destro, con maggiore intensità nello spazio compreso fra la cicatrice ombelicale ed il margine costale, in corrispondenza della parasternale. Dopo un pasto, vomito, però non frequente: ematemesi rara e lieve: melena spesso abbondante che si ripete di tempo in tempo, e preceduta da colica intestinale ».

L'ulcera duodenale può determinare la produzione di masse infiammatorie, percepibili alla palpazione addominale, e che possono talora indirizzare il chirurgo alla diagnosi di carcinoma.

(1) COLLIN, *Ulcère du duodenum*, Paris, 1894.

(2) TRICOMI, Contributo alla patologia ed alla cura chirurgica dell'ulcera semplice duodenale. *I. Congr. Med. Siciliano*. 28 maggio - 1 giugno 1902. *Suppl. Policlinico*, fasc. 34, pag. 1070.

Il cancro del duodeno è raro: si tratta quasi sempre della propagazione di un cancro pilorico.

Per il DOYEN dovrebbe ammettersi la possibilità di uno *spasmo duodenale*, come complicanza dell'ulcera di questa parte dell'intestino.

Fra le altre cause suscettibili di ostacolare il passaggio del chimo attraverso il duodeno, si è segnalata la compressione della sua seconda porzione per rene mobile o per un tumore del pancreas.

In casi di perforazione da ulcera duodenale intervennero successivamente PERCY-DEAN, SCHEILD, SCHWARTZ, ROUTIER, HARTMANN, MICHAUX, TUFFIER, PERRY, KIEFER (1), quali resecando il tratto perforato, quali limitandosi a disinfettare e zaffare la cavità addominale.

L'intervento chirurgico nell'ulcera e stenosi del duodeno.

Le prime operazioni per stenosi del duodeno rimontano al 1884: sono 4 casi, di cui uno appartiene al RYDIGIER, uno al BILLROTH e due al LAUENSTEIN: l'indicazione per l'intervento fu la stenosi cicatriziale, e, nel caso del BILLROTH, la stenosi tubercolare: l'operazione eseguita fu la gastro-entrostomia che diede buon risultato operatorio e funzionale in tutti quattro i casi. Eseguirono successivamente la gastro-entrostomia per ulcera e stenosi del duodeno, il DOYEN, il CODIVILLA, il CARLE, il PERRY, l'HEIDENHAIN, il TRICOMI, il LEDERHOSE. — Nella memoria del MAROCCO (loc. cit.) sono raccolti 28 casi con 21 guarigioni operative e funzionali e 7 morti. A questi va aggiunto un caso di DELBET (2), in cui la gastroenterostomia fu praticata per ulcera duodenale in corso di evoluzione, e la morte avvenne in 9ª giornata per emorragia dall'ulcera stessa.

La nostra statistica comprende 27 casi, la maggior parte dei quali non figurano fra quelli raccolti dal MAROCCO. Appartengono all'AMOUR 1, BEDESCHI 1, CARLE 4, CODIVILLA 6, CRESPI 1, DE PAOLI 1, DURANTE 1, GUARNIERI 1, MARIANI 1, MATTOLI 1, MONGUIDI 1, SANTOVECCHI 1, TACCHI 2, TRICOMI 5. Dei

(1) In MAROCCO GIACOMO, Dell'ulcera duodenale. *Riforma Medica*, n. 269, 270, 271, 272, 273, 1900.

(2) DELBET, Soc. de Chir., Paris, 19 dic. 1900. *Sem. Méd.*, n. 53, pag. 442, a. 1900.

27 operati 19 guarirono operatoriamente, 8 morirono nei primi giorni seguenti all'intervento. La morte fu dovuta in 2 casi ad emorragia dall'ulcera (DE PAOLI, DURANTE) in un caso a perforazione di ulcera gastrica coesistente, ed in un altro a perforazione dovuta al bottone (TRICOMI), in un caso allo *shock* (MARIANI), in un caso a pneumonite (MONGUIDI): nel caso del GUARNIERI i disturbi continuarono e l'operato morì dopo un mese; non fu permessa l'autopsia: nel caso del CODIVILLA l'anastomosi era caduta sur un tratto troppo basso dell'ileo, ad un metro dal ceco. In 3, dei 19 guariti operatoriamente, il risultato funzionale non fu completo. Un operato del SANTO-VECCHI, dopo 4 anni, gode discreta salute, ma i disturbi non sono scomparsi completamente: in un caso del CRESPI il risultato fu incompleto, ed il malato morì dopo 2 anni: in un nostro operato, di cui riporteremo fra poco l'osservazione, la melena ed i dolori riapparvero dopo alcuni mesi.

Basandoci sui risultati della nostra statistica, abbiamo che la gastro-enterostomia per ulcera e stenosi duodenale ha dato una mortalità del 29,48 per cento e 3 risultati imperfetti su 19 guariti operatoriamente.

La gastro-
enterostomia
nell'ulcera e
stenosi del
duodeno.

Indubbiamente la gastro-enterostomia è la sola operazione che può curare vantaggiosamente l'ulcera e la stenosi del duodeno.

Per quanto riguarda la stenosi senza ulcera in atto, sia dessa cicatriziale o dovuta a compressione da tumore inestirpabile, questo intervento ha una indicazione assoluta.

Ma trattandosi di ulcera in corso di evoluzione, la sola gastro-enterostomia è sufficiente a garantirci che la parte malata rimarrà in assoluto riposo? Mano, mano che il neopiloro diviene maggiormente continente, nulla può impedire che una parte del chimo, al contrarsi dello stomaco, s'impegni nel lume pilorico perfettamente pervio, e torni ad irritare l'ulcera duodenale, determinando nuove emorragie e disturbando il processo di cicatrizzazione. L'esperimento e la clinica c'insegnano che la fistola gastro-intestinale tende a restringersi allorchè il piloro ridiviene pervio, o per guarigione di processi infiammatori o per cessata compressione da cause estrinseche: allora una parte almeno del contenuto stomacale torna a percorrere la via pilorico-duodenale. In vista appunto di questo fatto, il ROUX (1) raccomanda di praticare, nel suo metodo,

una larga anastomosi digiuno-digiunale, e ripudia i piccoli bottoni di GALLET e le aperture insufficienti praticate da alcuni chirurghi. RELLING (2) dice che la sola garanzia perchè rimanga aperta la fistola tra stomaco ed intestino è la chiusura del piloro: i casi del FERRARI (3) di Parma sono, a questo riguardo, perfettamente dimostrativi.

In tutti i casi di ulcera duodenale in corso di evoluzione noi riteniamo per ciò razionalmente indicata la chiusura del piloro, associata alla gastro-enterostomia. Il mezzo più sicuro per ottenere lo scopo è la sezione trasversale del piloro, con chiusura dei due monconi, pilorico e duodenale, per mezzo di due piani di sutura, uno profondo sierio-muscolare ed uno superficiale sierio-sieroso. Il DOYEN (4) che fu il primo a praticare l'esclusione del piloro in casi di lesioni duodenali (stenosi, ulcera), propose di restringerne artificialmente il lume, invaginandone con le dita la parete anteriore contro la posteriore, e fissando le due pliche così ottenute con alcuni punti sierio-sierosi.

OSSERVAZIONE XIII. — *Ulcera duodenale in corso di evoluzione. — Gastro-enterostomia transmesocolica posteriore. — Guarigione operatoria.*

Bagliani Nazareno, di anni 34, di Cannara (Perugia) entra nell'ospedale di Tolentino il 18 giugno 1901.

Anamnesi. — Il padre è vivente, la madre è morta da due anni per tumore addominale: fratelli e sorelle viventi ed in ottima salute. All'età di otto anni soffrì per vari mesi di febbri malariche: guarito, stette bene in salute fino all'età di 25 anni. Fu appunto 8 anni or sono che incominciarono i primi disturbi a carico dello stomaco: sentiva peso e dolorabilità alla regione epigastrica, specie nella notte; il dolore diminuiva con l'introduzione di cibo nello stomaco. Questi dolori continuavano per 10-15 giorni, e si alternavano con periodi più lunghi di benessere, variabili per durata. Fece allora

(1) ROUX, *La gastro-enterostomie*, Paris, 1902, pag. 42.

(2) RELLING, *Arch. fur. klin. Chir.* Band LXII, H. 2.

(3) FERRARI A., Contributo allo studio della patologia del ventricolo e della gastro-enterostomia. *La Clinica chirurgica*, n. 10, 1902, pag. 847.

(4) DOYEN, *Congr. franc. de chir.*, 1893, pag. 409.

una cura medica, senza notevole giovamento. Anzi i fatti dolorifici andarono successivamente aggravandosi, ed i pasti influivano sfavorevolmente, causando un dolore assai vivo che durava parecchie ore. Non aveva vomito. Giunse così alla metà dello scorso novembre, quando un giorno ebbe tre abbondanti scariche alvine di color piceo (melena). Consultò vari medici; ma le cure medicamentose non davano alcun miglioramento: i dolori vivissimi continuavano, e la melena si rinnovò frequentemente. Sottoposto a dieta liquida assoluta per tutto il febbraio, il paziente migliorò tanto che credette di essere guarito; ma, tornato alla dieta abituale, i disturbi si rinnovarono con maggiore gravità. Le misere condizioni finanziarie impediscono al paziente di sottoporsi ad una lunga cura medica, e d'altronde i fastidi sono così gravi ch'egli domanda di essere operato.

Esame obbiettivo. — Statura alta; costituzione scheletrica regolare; masse muscolari e pannicolo adiposo scarsi; mucose visibili pallide. Organi toracici sani.

Nulla di anormale si scorge alla ispezione dell'addome: regione epigastrica e sottocondrale infossate. Alla palpazione si ha viva dolorabilità all'ipocondrio destro, in corrispondenza del prolungamento della linea parasternale: la regione epigastrica non è dolente: non si percepisce il rumore di guazzamento stomacale. Alla percussione si ha che lo stomaco giunge, sulla linea mediana, due dita trasverse al di sopra della cicatrice ombellicale.

Col pasto di prova alla EWALD si ha presenza di acido cloridrico libero; tracce di acido lattico.

L'infermo è tenuto in osservazione per tre giorni, durante i quali si può constatare che il dolore, in corrispondenza dell'ipocondrio destro, si inizia 3-4 ore dopo l'ingestione del cibo e si protrae per 1-2 ore, assai intenso. Non si è mai avuto vomito. La melena si è rinnovata anche recentemente.

Diagnosi. — *Ulcera duodenale in corso di evoluzione.*

Atto operativo. — 22 giugno 1901. (MATTOLI) — Iniezione morfina: clorocarcosi, praticata dal dott. LODOVICI. Assiste il dott. T. TAMAGNINI.

Laparotomia mediana da 2 dita trasverse sotto l'appendice sifoida fin oltre la cicatrice ombellicale. Esplorando, in corrispondenza della prima porzione del duodeno, si palpa una tumefazione dura e circoscritta della grandezza di una noce, fissata per aderenze infiammatorie alla faccia inferiore del fegato. Si pratica la gastro-enterostomia transmesocolica posteriore col solito metodo, mediante due piani di sutura. La durata dell'atto operativo non oltrepassa complessivamente i trenta minuti.

Decorso postoperativo. — Il malato si desta in buone condizioni.

Nessun disturbo a carico dello stomaco. Dopo 24 ore si comincia la somministrazione di liquidi nutritivi. In 8ª giornata si tolgono i punti della sutura cutanea. I dolori non sono più ricomparsi. In 12ª giornata si dà al paziente la dieta comune; dopo 20 giorni dall'atto operativo vien dimesso dall'ospedale.

Tre mesi più tardi mi si scrisse che il Bagliani era stato colto nuovamente da forti dolori, e la melena si era più volte ripetuta: che inoltre l'operato presentava fenomeni di atassia locomotrice (?). Questo nuovo fatto mi sconsigliò dal tentare un secondo intervento (sezione e chiusura del piloro). Per quanto il paziente negasse di aver mai acquisito una infezione celtica, e d'altronde non se ne riscontrasse alcuna traccia, consigliai la cura antisifilitica.

Non mi è stato più possibile avere notizie del malato.

h) *Stomaco a clepsidra.*

Uno stomaco diviso in due sacche comunicanti per un restringimento intermedio, è detto *biloculare* o *a clepsidra* o *a bisaccia*.

Lo stomaco a clepsidra può essere *congenito* od *acquisito*: il più frequentemente è dovuto a retrazione cicatriziale da progressa ulcera gastrica. Si volle negare la varietà congenita; ma diligenti osservazioni anatomico-patologiche hanno dimostrato che questa esiste, indipendentemente da cause esterne che potessero avere agito durante lo sviluppo del feto.

Varietà congenita.

La varietà acquisita ha origine principalmente dall'ulcera gastrica, da neoformazioni epiteliali, causticazioni chimiche, gastriti e perigastriti adesive, localizzazioni sifilitiche, fatti traumatici e compressivi ecc. La retrazione di una porzione del sacco stomacale, consecutiva ai fatti accennati, dà luogo allo stomaco biloculare.

Varietà acquisita.

Lo stringimento può aver sede nella parte media del ventricolo e dividerne la cavità in due parti uguali: si ha poi rispettivamente più grande la sacca cardiaca o la pilorica a seconda che il restringimento è più avvicinato al piloro o al cardias. Comunemente è più grande la bozza cardiaca, per dato e fatto della dilatazione consecutiva al restringimento sottostante: le pareti ventricolari, costrette ad un maggior lavoro per spingere il contenuto attraverso la porzione stenotica, si sfiancano e s'ipertrofizzano.

La porzione ristretta può essere più o meno lunga, il lume

della comunicazione più o meno ristretto. Nelle forme congenite si ha generalmente un restringimento stretto, lungo, tubulare, regolare, senza i segni di pregresse infiammazioni. Al contrario, nella varietà acquisita, la porzione ristretta è, per solito, più breve, a forma irregolare, con pareti fibrose, ispessite, di aspetto cicatriziale: in uno dei due casi da noi operati (Osserv. VIII) la sierosa, in corrispondenza del punto stenotico, aveva assunto un colore madreperlaceo, e robuste aderenze infiammatorie fissavano la piccola curvatura al lobo sinistro del fegato.

Il lume di comunicazione fra le due sacche gastriche può essere più o meno ristretto: talvolta si ha un'apertura sufficientemente ampia perchè la sacca cardiaca si vuoti con relativa facilità, tal'altra la stenosi permette appena il passaggio di una penna d'oca.

Può accadere che la forma acquisita si associ alla congenita, per eventuali processi ulcerativi che si svolgono sulla porzione ristretta e determinano una più valida stenosi per consecutiva retrazione cicatriziale. L'esistenza di aderenze perigastriche ha una notevole influenza sul meccanismo di produzione dello stomaco a bisaccia.

Stomaco biloculare da spasmo dello sfintere dell'antro pilorico.

Il BUDINGER (1), intervenendo chirurgicamente in un caso in cui aveva diagnosticato lo stomaco a clepsidra, trovò alla laparotomia soltanto una piccola aderenza dell'epiploon al piloro, ed una cicatrice in forma di T sulla parte mediana della grande curvatura: mentre stava per richiudere il ventre, vide lo stomaco contrarsi energicamente in corrispondenza della cicatrice, tanto che si determinò la forma di stomaco a bisaccia. La contrazione cessò, poi si rinnovò, riproducendo lo stesso fenomeno: l'A. praticò allora la gastro-enterostomia transmesocolica alla VON HACKER, anastomizzando il digiuno alla bozza superiore o cardiaca: il malato guarì. Si deve dunque ammettere anche una forma di stomaco biloculare da *spasmo* dello sfintere dell'antro pilorico.

Sintomatologia e diagnosi dello stomaco a clepsidra.

La sintomatologia dello stomaco a clepsidra si confonde con quella della stenosi pilorica e dell'ulcera gastrica. Pur tuttavia, dallo studio dei due casi che sono occorsi alla nostra

(1) BUDINGER KONRAD, Zur Pathologie und Therapie des Sanduhrmagens. *Wien. klin. Wochens.*, 1901, n. 36, pag. 837.

osservazione, ci siamo persuasi che il modo d'insorgere del dolore e la sua sede possono avere una importanza diagnostica. Nel caso che potemmo diagnosticare prima dell'intervento, il dolore insorgeva un'ora dopo il pasto ed era localizzato all'ipocondrio sinistro, col massimo d'intensità in un punto corrispondente alquanto a sinistra della linea mediana, quattro dita trasverse al disotto della appendice sifoide. Se non avveniva il vomito di tutte le sostanze ingerite, il dolore continuava per 2-3 ore, e finiva poi completamente. Nell'altro caso, in cui facemmo diagnosi di stenosi pilorica (osserv. XIII), il dolore insorgeva circa un'ora dopo l'ingestione del cibo, e si localizzava dapprima alquanto a sinistra della linea mediana; ma, dopo 1-2 ore, cambiava di sede, spostandosi verso destra: in questo caso coesistevano fatti di stenosi pilorica. Dopo l'intervento la malata ebbe a narrarci una circostanza che prima aveva taciuto, e che avrebbe potuto indirizzarci alla diagnosi: volendo procurarsi il vomito, per ottenere la cessazione dei dolori, la paziente aveva sperimentato più volte che ciò le riusciva facile nelle prime 2-3 ore, quando il dolore era localizzato a sinistra, mentre la cosa diveniva impossibile quando la sede del dolore si era spostata verso destra, quando cioè il contenuto stomacale era passato nella sacca pilorica, ed era impedito di rifluire verso il cardias dallo stringimento esistente nella parte mediana dello stomaco. La malata distingueva benissimo le due fasi del dolore, e ci assicurava che il vomito spontaneo insorgeva sempre nella prima fase, mai nella seconda.

Un diligente esame obiettivo riesce sempre di grande sussidio per la diagnosi dello stomaco biloculare.

La *insufflazione* dell'organo è, secondo BOUVERET (1), il mezzo migliore per arrivare alla diagnosi: la forma bilobata dello stomaco insufflato si delineaerebbe nettamente sotto la parete addominale. Ma una delle sacche, più piccola, potrebbe rimanere nascosta sotto la faccia inferiore del fegato, e d'altronde se le due bozze stomacali sono abbastanza ampie, una volta gonfiate rimangono in contatto e l'insufflazione non ottiene il suo scopo.

(1) BOUVERET, in PERRET, Thèse de Lyon, 1896.

Il *rumore di gorgoglio* che produce un liquido od un gaz, passando da una sacca all'altra attraverso il punto ristretto, ha certamente una notevole importanza per la diagnosi: noi lo riscontrammo caratteristico nel caso diagnosticato.

Il *rumore di guazzamento* persistente dopo lo svuotamento dello stomaco, praticato con la sonda, deve esser pure tenuto in seria considerazione, come il fatto dell'improvviso intorbidarsi del liquido di lavaggio gastrico, per riflusso di contenuto stomacale dalla sacca pilorica nella sacca cardiaca.

Recentemente l'EWALD (1) ha suggerito di adottare, come mezzo diagnostico, la *gastrodiafania*, che consiste nella introduzione di una lampada elettrica nello stomaco ripieno di acqua; la sacca cardiaca soltanto viene illuminata, mentre la sacca pilorica resta del tutto oscura.

EWALD preconizza anche, sempre allo stesso scopo, l'uso di vesciche di gomma che, fissate all'estremità della sonda, vengono introdotte nel ventricolo e distese con dell'aria: se lo stomaco è a clepsidra, solo la bozza cardiaca rimane distesa.

La diagnosi di stomaco biloculare presenta del resto in ogni caso notevoli difficoltà, e spesso il chirurgo si trova, alla laparotomia, di fronte ad un caso tipico che prima non aveva neppure sospettato.

Prognosi e
cura.

Questa forma morbosa, lasciata a sè, è di prognosi infau-
sta: la cura medica non può riuscire utile, l'intervento chirur-
gico dà invece splendidi risultati.

La prima operazione per stomaco biloculare, precedente-
mente diagnosticato, fu compiuta da KRUKEMBERG (2), nel 1892,
e consistè in una *gastroplastica*, processo operativo completa-
mente analogo a quello di HEINECKE-MIKULICZ per la piloropla-
stica. DOYEN (3) ripeteva la medesima operazione nel 1893, e
nello stesso anno il WÖLFLE (4) eseguiva, in un caso di sto-
maco a clepsidra, uno speciale processo di *gastro-gastroanasto-
mosi*. VON EISELBERG (5), nel 1894, HOFMEISTER (6), COURMONT (7)

(1) EWALD, *Deut. Archiv. f. klin. Med.*, 22 febr. 1902.

(2) KRUKEMBERG, *Munchen. wochens.*, n. 19, 1893.

(3) DOYEN, loc. cit., Paris, 1895.

(4) WÖLFLE, *Beitr. f. klin. Chir.*, Bd. XIII, 1895.

(5) EISELBERG, *Archiv. f. Klin. Chir.*, 1895, pag. 919.

(6) HOFMEISTER, *Berlin. klin. Wochens.*, 1895, pag. 925.

(7) COURMONT, *Lyon Med.*, 1895, 29 sett.

e JABOULAY (1), nel 1895, intervennero con la gastroplastica. WATSON (2) nello stesso anno eseguì una *gastro-anastomosi*, e LAUENSTEIN (3), nel 1896, una *gastro-gastrostomia*.

Nel 1895 il TRICOMI (4), in un caso di stomaco a clepsidra congenito, praticò la *gastro-plicatio*.

La prima *gastro-enterostomia* per stomaco biloculare fu eseguita dal CARLE (5), nel 1896, con ottimo successo funzionale: fu adottato il metodo VON HACKER col bottone di MURPHY. Nel 1898, il CATELLANI (6) intervenne in un caso, praticando la gastro-enterostomia alla ROUX. Il TRICOMI (7), nello stesso anno, ripeté questo processo operativo in due nuovi casi, e finalmente il CATELLANI, nel 1900, riferì al VI Congresso medico regionale ligure un nuovo caso da lui operato, sempre col metodo ROUX.

Il FRADÀ (8), nel 1901, occupandosi in un pregevole lavoro dello stomaco a clepsidra, fa ascendere a 24 i casi di questa gastropatia curati, fino ad allora, chirurgicamente, e cioè: 13 casi di gastroplastica, 5 di gastro-anastomosi, 1 di gastro-plicatio, 5 di gastro-enterostomia.

Statistica
operativa dello
stomaco a clep-
sidra.

I casi che noi abbiamo potuto raccogliere nella letteratura, oltre quelli citati dal FRADÀ, sono: tre di BÜDINGER (9): nel 1° praticò la gastro-enterostomia posteriore alla VON HACKER; nel 2° ripeté la stessa operazione, dopo avere resecato la regione pilorica, sede di due ulcere; nel 3° in cui l'intervento era stato praticato per ematemesi grave ed in piena emorragia, fece la escissione dell'ulcera ed una speciale sutura (*gastro-plicatio?*), rendendo allo stomaco presso a poco la sua forma normale. I due primi operati guarirono, il terzo soggiacque allo *shoc*.

(1) JABOULAY, *Arch. prov. de chir.*, oct., 1896.

(2) WATSON, *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1896.

(3) LAUENSTEIN, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, Bd. 64, 1896.

(4) TRICOMI, La gastro-stenoplastica nell'ectasia primitiva dello stomaco, *Il Policlinico*, 1896, p. 293 (Sez. chir.).

(5) CARLE e FANTINO, loc. cit., *Il Policlinico*, 1898.

(6) CATELLANI, Stomaco a clepsidra, *Rif. Med.* 19-20-21, 1899.

(7) TRICOMI, Contributo alla gastro-enterostomia, *Il Policlinico*, 1900.

(8) FRADÀ A., La gastro-enterostomia nello stomaco a clepsidra *Rifor. Med.*, 1901, n. 159-160-161.

(9) BÜDINGER, loc. cit.

Un caso di GUINARD (1): lo stomaco biloculare fu riconosciuto soltanto all'autopsia: l'A. aveva praticato la piloroplastica, credendo di trovarsi di fronte ad una stenosi pilorica.

un caso di SCHLOFFER (2): si trattava di stomaco a clepsidra con stenosi pilorica; il malato guarì dopo la gastro-enterostomia con entero-enteroanastomosi alla BRAUN.

un caso di ULMANN (3): i disturbi scomparvero completamente in seguito alla gastro-enterostomia.

un caso di ELDER (4): appena aperto l'addome lo stringimento centrale dello stomaco era stato scambiato per il piloro; riconosciuto l'errore, fu praticata la gastroplastica con risultato completo.

La nostra statistica comprende inoltre 14 casi, di cui 5 soltanto figurano tra quelli raccolti dal FRADÀ. Questi casi appartengono a: CARLE 3, CASUCCI 1, CATELLANI 1, CATTERINA 1, MATTÒLI 2, TRICOMI 4, VINCINI 1, ZATTI 1.

Senza tener conto del caso di GURINAD, in cui lo stomaco biloculare fu diagnosticato soltanto all'autopsia, noi abbiamo così un totale di 39 casi operati, con 35 guarigioni e 4 morti 10,26 %.

Indicazioni
operatorie.

Quali sono le indicazioni della gastro enterostomia nella cura dello stomaco a clepsidra?

Per poterle ben precisare, occorre prima accennare rapidamente alle altre operazioni compiute per quest' affezione.

Gastroplastica.

La *gastro-plastica* (KRUKEMBERG) è, come dicemmo, un processo perfettamente analogo a quello di HEINECKE-MIKULICZ (piloroplastica). Può trovare la sua indicazione allorchè il piloro è normale, lo stringimento centrale del ventricolo poco esteso, le pareti, una volta incise, sufficientemente mobili per essere bene ravvicinate, ed abbastanza resistenti da permettere una buona sutura. Tali condizioni favorevoli si riscontrano però solo in casi eccezionali: abbiamo visto come la stenosi pilorica accompagni non infrequentemente lo stomaco biloculare (casi di GUINARD, BÜDINGER, SCHLOFFER, MATTÒLI): nelle forme con-

(1) GUINARD, Société de Chirurgie, 19 dic. 1900. *Sem. Méd.*, 1900, pag. 442.

(2) SCHLOFFER, *Wien. klin. Wochens.*, n. 38, sett., 1901.

(3) ULMANN, I. R., Soc. dei medici di Vienna, 8 nov. 1901.

(4) ELDER, *Annals of surgery*, mai 1902.

genite lo stringimento è lungo, stretto, tubulare e mal si presta alla gastro-plastica: nelle forme acquisite si rinvengono spesso estese e valide aderenze, con sclerosi delle pareti, fatti questi che controindicano tale atto operativo. EISELBERG (1) che eseguì 7 volte la gastro-plastica, con 2 morti e 4 recidive, condanna questa operazione e dichiara di preferire la gastro-enterostomia.

La *gastro-anastomosi* (WÖLFLE) denominata da KEEN *gastro-gastrostomia*, consiste nello stabilire una comunicazione ampia e permanente tra le due bozze stomacali. Anche questa operazione richiede che il piloro sia normale: occorre inoltre che le due bozze siano talmente ampie e dilatate da poter esser affrontate per largo tratto e largamente anastomizzate nella parte più declive, per evitare ogni possibile ristagno.

Gastro-
anastomosi.

La *gastro-plicatio* (TRICOMI), ormai abbandonata anche nei casi di semplice gastroectasia, non ci sembra possa soddisfare ad alcuna indicazione nello stomaco biloculare: se permane lo stringimento che determinò la dilatazione della bozza pilorica, lo stesso fatto non tarderà a riprodursi insieme ai fenomeni morbosi.

Gastro-
plicatio.

La *gastro-enterostomia* può invece essere applicata in tutti i casi di stomaco a clepsidra, e spesso ha una indicazione assoluta. Quando coesiste una stenosi pilorica, o si hanno ulcere in atto sullo stringimento centrale o sul piloro, quando la bozza inferiore è piccola e mal si presta ad essere anastomizzata a quella cardiaca, quando la stenosi è estesa, con vaste cicatrici e sclerosi delle pareti, la gastro-enterostomia è la sola operazione che può dare un perfetto risultato funzionale.

Gastro-
enterostomia.

Nelle forme acquisite di stomaco biloculare si hanno spesso, come accennavamo, estese e valide aderenze perigastriche che rendono talvolta difficile e penosa l'esecuzione della gastro-enteroanastomosi. In uno dei nostri casi (osservazione VIII) fummo costretti a rinunciare alla anastomosi posteriore ed adottammo con vantaggio il nostro metodo di gastro-enterostomia ad Y ad anastomosi laterale, ottenendo un completo successo operatorio e funzionale. Nell'altro caso ci fu invece possibile eseguire il metodo VON HACKER: ne riportiamo qui l'osservazione clinica.

(1) EISELBERG, Rel. in *Rifor. Med.*, 1899, vol. II, n. 34.

OSSERVAZIONE XIV. — *Stomaco a clepsidra acquisito e stenosi pilorica cicatriziale. — Gastro-enterostomia transmesocolica alla VON HACKER. — Guarigione, ottimo successo funzionale.*

Perfetti Angela, di anni 58, di Colmurano, domestica, è ricoverata nell'ospedale di Tolentino il 10 dicembre 1900.

Anamnesi. — Nulla nel gentilizio. Non ebbe mai altre malattie oltre i disturbi gastrici, di cui soffre da molto tempo. Si trattava di gastralgie più o meno intense, che insorgevano a digiuno e anche dopo il pasto, ed erano frequentemente accompagnate dal vomito. La paziente non sa dire se ebbe mai ematemesi. Da 5 o 6 anni i fastidi erano divenuti più forti, gli accessi dolorifici più frequenti: la paziente esperì ripetutamente la cura medica; ma senza alcun risultato. Da quattro mesi i fenomeni morbosi si sono straordinariamente aggravati: il dolore, sulla regione epigastrica, insorge costantemente 1-2 ore dopo ogni pasto, e si prolunga per parecchie ore: cessa o almeno diminuisce dopo il vomito degli alimenti ingeriti, che molte volte l'inferma è costretta a procurarsi all'inizio delle turbe dolorifiche. I liquidi nutritivi, in modica quantità, sono meglio tollerati e raramente emessi col vomito.

La malata fu sottoposta per qualche tempo alla dieta liquida assoluta, e le si praticò per circa 20 giorni il lavaggio dello stomaco: il miglioramento fu lieve e transitorio.

Esame obiettivo. — Costituzione scheletrica regolare: pannicolo adiposo scarsissimo, masse muscolari ipotrofiche: mucose visibili pallide.

Organi toracici sani.

L'addome, alla ispezione, si mostra infossato. La palpazione riesce dolorosa su tutta la regione epigastrica: facilmente percepibile il rumore di guazzamento stomacale: una efficace palpazione dell'epigastrio riesce oltremodo difficile per la tensione dei muscoli della parete addominale.

Con la percussione si constata che l'area gastrica giunge in basso, sulla linea mediana, a tre dita trasverse sopra la cicatrice ombellicale.

L'esame del vomito e del pasto di prova dà la presenza di acido cloridrico libero in quantità considerevole.

Si ha stipsi ostinata: orine scarse, rossastre, peso specifico 1023, nessuna traccia di albumina o di zucchero.

Diagnosi. — *Stenosi pilorica cicatriziale (?)*.

Atto operativo. — 17 dicembre 1900 (MATTOLI). — Cloronarcosi, previa iniezione morfina. Assistono i dottori PUCCIARELLI e G. MAR-

CORELLI. — Laparotomia mediana. — Cercando d'ispezionare il piloro si riconosce che questo è fisso per aderenze alla faccia inferiore del fegato, duro e ingrossato di volume: si osserva inoltre l'esistenza di un grosso cingolo cicatriziale che divide lo stomaco in due borse ben distinte, di cui la superiore o cardiaca è due volte più ampia della inferiore o pilorica. La porzione ristretta è costituita da tessuto di cicatrice, con estese aderenze al grande epiploon e al peritoneo parietale: in corrispondenza della piccola curvatura, la porzione stenotica aderisce intimamente alla faccia inferiore del lobo sinistro del fegato. Distaccate alcune aderenze, invaginando con l'indice la faccia anteriore della sacca cardiaca, si riesce a passare l'indice stesso attraverso il cingolo stenosante con relativa facilità. La parte ristretta è lunga 4-5 centimetri circa.

Pratico la gastro-enterostomia alla VON HACKER, con doppio piano di sutura, anastomizzando la prima ansa digiunale alla parte più declive della bozza superiore o cardiaca.

Il distacco delle aderenze essendo riuscito molto laborioso, la durata dell'atto operativo raggiunge i 55 minuti. La malata si desta in discrete condizioni.

Decorso postoperativo. — È dei più normali. Mai vomito, nè disturbi di altro genere: apiressia, guarigione della ferita addominale per prima intenzione. Fino dal 2° giorno s'incomincia la nutrizione con liquidi: al 14° giorno dieta comune.

L'esito remoto non è meno confortante: l'operata è cresciuta in peso di 12 kg., non ha più risentito disturbi allo stomaco, mangia e digerisce normalmente.

Fu dopo l'atto operativo che, interrogando nuovamente la paziente sul modo d'insorgere dei dolori gastrici, avemmo le notizie di cui ci siamo occupati più innanzi — a proposito della sintomatologia dello stomaco a clepsidra — notizie che avrebbero forse potuto metterci sull'avviso, indirizzandoci alla diagnosi. Era questo il primo caso che si offriva alla nostra osservazione, e, francamente, non sospettammo nemmeno l'esistenza di uno stomaco biloculare.

Date le condizioni anatomo-patologiche descritte, la gastro-enterostomia aveva una indicazione assoluta, ed il risultato operatorio e funzionale non poteva esser migliore di quello ottenuto.

Gastroptosi, gastroectasia, dispepsie gravi.

Per *gastroptosi* noi intendiamo la discesa della parte più bassa dello stomaco. Il cardias rimane sempre in rapporto col Gastroptosi.

diaframma, ed un completo spostamento di tutto il viscere è impossibile. Il grado di spostamento è costante e varia a seconda dello stato di vacuità o di pienezza dello stomaco e della posizione del malato: è massimo a stomaco pieno e nella posizione orizzontale del paziente. Così accade che, alla laparotomia, si riscontra talora il viscere ad un livello più elevato di quanto erasi riscontrato in un precedente esame clinico: basta allora attirare in basso la porzione pilorica, per accertarsi del grado di mobilità del segmento inferiore dello stomaco.

Non infrequentemente la gastroptosi è associata alla dislocazione di altri visceri (*enteroptosi*).

Ricordando la fissità anatomica della seconda porzione del duodeno, è facile spiegarsi i gravi disturbi cui dà luogo un grado notevole di gastroptosi. Difatti, mentre il segmento inferiore dello stomaco, che è dotato di una grande mobilità, si sposta in basso, insieme al piloro ed alla prima porzione del duodeno, l'angolo formato da questa con la seconda porzione determina una vera e propria occlusione del lume dell'organo.

La difficoltà che lo stomaco incontra a svuotarsi dà luogo alla gastroectasia, ciò che spiega come le due forme morbose si rinvenivano molto frequentemente coesistenti. Su questo fatto insisteva il compianto dott. P. FERRARI (1), in una sua comunicazione alla Società italiana di Chirurgia.

La sintomatologia della gastroptosi si confonde con quella della gastroectasia essenziale e della stenosi pilorica. Un esame obiettivo accurato rende possibile la diagnosi il più delle volte: ma si può restare in dubbio sulla coesistenza di una stenosi pilorica. Comunque i gravi disturbi funzionali e la nessuna efficacia del trattamento medico debbono deciderci, senza troppo temporeggiare, ad un intervento chirurgico.

La cura chirurgica della gastroptosi è affatto recente.

I primi due casi sarebbero stati operati dal DEPAGE nel 1893. e pubblicati dall'HENNECART (2) nel 1898: si esegui un accor-

Cura chirurgica della gastroptosi.

(1) FERRARI dott. P., Della gastro-enterostomia nella cura della gastro-ectasia primaria. *Arch. ed Atti della Soc. Ital. di Chir.*, 11^a Ad., 1897, pag. 60.

(2) HENNECART, in FARQUHAR CURTIS, The surgical treatment of simple dilatation of the Stomach and of gastroptosis. *Annals of surgery*. vol. XXXII, 1900, pag. 41.

ciamento dei ligamenti del fegato ed una operazione plastica intesa a tendere maggiormente le pareti addominali. TREVES (1), nel 1896, praticò l'epatopessia associata alla gastropessia. Nello stesso anno DURET (2), di Lilla, sospese lo stomaco al peritoneo parietale con sutura continua. ROVSING (3) appese pure lo stomaco al peritoneo parietale, con punti di seta, lasciando libero il piloro e la grande curvatura. DAVIS (4) ne ha pubblicati due casi: in uno eseguì la fissazione dello stomaco vicino all'apofisi ensiforme, con punti di seta; nel secondo associò alla gastropessia la gastro-plicatio.

Abbiamo ricordato più innanzi, parlando delle stenosi piloriche da cause estrinseche, un caso di epatoptosi, con gravi disturbi gastrici, da noi operato e guarito con la epatopessia, ed un caso analogo, riferito da TERRIER e HARTMANN; facciamo però notare che il fatto predominante, nei casi stessi, era la dislocazione del fegato; infatti i disturbi di canalizzazione pilorico-duodenale, a quella consecutivi, sparirono completamente con la fissazione dell'organo.

La prima gastro-enterostomia per gastroptosi, complicata a dilatazione gastrica, è quella del FERRARI P. (5). Non ci risulta che altri casi sieno stati in seguito pubblicati. Raccogliendo la casistica italiana, per facilitare le ricerche, abbiamo riunito in una sola categoria gli operati per gastroptosi, gastroectasia e dispepsie gravi: non ci è quindi possibile distinguere i casi in cui l'intervento fu determinato dalla gastroptosi.

Noi siamo intervenuti in due casi tipici, praticando la gastro-enterostomia ed ottenendo un completo successo funzionale. Abbiamo più innanzi riportato l'osservazione del 1° caso (IV): diamo qui quella riguardante il 2°.

OSSERVAZIONE XV. — *Gastroptosi. — Gastro-enterostomia transmesocolica alla VON HACKER — Guarigione operatoria e funzionale.*

Santoncini Brancadori Adele, di anni 34, di Tolentino, entra in ospedale il 24 settembre 1902.

(1) TREVES, *Brit. med. jour.*, 1896, p. I.

(2) DURET, *Rev. de chir.*, 1896, pag. 421.

(3) ROVSING, *Archiv. fur klin. chir.*, IX.

(4) DAVIS, *West. Med. Rev.*, 15 oct., 1897.

(5) FERRARI P., loc. cit.

Anamnesi. — Nulla d'interessante nel gentilizio. È stata sempre debole ed anemica: a otto anni soffrì di cardiopalma. Fu mestrata a 15 anni, andò a marito a 25, ed ebbe successivamente due parti normali. Le prime sofferenze allo stomaco ebbe a notarle 9 anni or sono. Si trattava di dolore alla regione epigastrica, con forte senso di pesantezza, specie nel periodo della digestione. I disturbi sembravano aggravarsi nella stagione estiva, quando la paziente beveva notevoli quantità di acqua. Dopo l'ultimo parto, tre anni or sono, le sofferenze sono straordinariamente aumentate; il peso ed il dolore, dopo ogni pasto, è così intenso che la malata preferisce non mangiare, o introduce scarse quantità di liquidi nutritivi che arrecano minore disturbo. Il vomito si è avuto poche volte; spesso la paziente volle procurarselo, senza riuscire sempre nello intento. Ha esperito ogni specie di cura medica: la dieta liquida non ha dato risultati benefici, così pure il lavaggio gastrico. Non ebbe mai melena nè ematemesi.

Esame obiettivo. — Donna di costituzione scheletrica regolare: condizioni generali scadentissime: masse muscolari atrofiche, pannicolo adiposo scarsissimo: colorito del volto e mucose visibili d'un pallore estremo.

Organi toracici sani.

Alla ispezione dell'addome nulla di anormale. La palpazione non eccita dolorabilità alcuna: con la palpazione bimanuale, nei due quadranti inferiori dell'addome, si determina il rumore di guazzamento stomacale. Con la percussione si ha che il limite inferiore del ventricolo giunge a due dita trasverse dal pube. Gonfiando lo stomaco si constata che la piccola curvatura del viscere è situata lungo la linea xifo-ombellicale, ed il piloro è alquanto al di sotto ed a destra dell'ombellico. Il sacco stomacale occupa così il quadrante superiore sinistro e gran parte dei due quadranti inferiori dell'addome. Si ha ipocloridria.

Diagnosi. — *Gastroptosi e gastroectasia.*

Atto operativo. — 29 settembre 1902 (MATTOLI) — Gastrolusi. — Iniezione morfina e cloronarcosi (LODOVICI). — Assistono i dottori CONTI, TOZZI-CONDIVI di Urbisaglia e G. MARCORELLI. — Laparotomia mediana, dalla metà della linea xifo-ombellicale alla metà della ombellico-pubica. Dopo aperto il ventre, si constata che la grande curvatura giunge poco al di sotto del piano trasverso ombellicale: esercitando una trazione sulla piccola tuberosità, riesce però facile spostarla in basso, insieme al piloro ed alla prima porzione del duodeno. Il piloro appare normale. Si pratica la gastro-enterostomia transmesocolica alla VON HACKER, applicando la nostra pinza enterostoma, ed anastomizzando l'ansa digiunale alla parte più bassa

del sacco stomacale. L'operazione procede rapidamente: ma malgrado ciò, per la debolezza estrema della paziente, si ha una minaccia di collasso. Si praticano alcune iniezioni eccitanti ed una ipodermoclisi.

Decorso postoperatorio. — Nei primi due giorni si deve ripetere più volte la ipodermoclisi, perchè il polso è appena percettibile. Appena desta dal sonno cloroformico, la paziente incomincia a sorbire qualche cucchiata di brodo e di marsala ghiacciato. Nessun disturbo da parte dello stomaco. Le condizioni generali vanno rapidamente migliorando, la funzionalità gastro-intestinale si ristabilisce normalmente, e la operata può uscire dall'ospedale, 20 giorni dopo l'intervento, in condizioni più che soddisfacenti (1).

Benchè l'operazione sia stata praticata recentemente, abbiamo tutta la ragione di ritenere che l'ottimo successo funzionale ottenuto si manterrà tale, come è accaduto nel caso precedente.

Dovendo scegliere tra la gastropessia e la gastro-enterostomia, noi riteniamo che debba essere, in ogni caso, preferita la seconda.

Si sa che le aderenze perigastriche sono capaci, da sole, di determinare i più gravi disturbi, e non ci sembra sia prudente procurarne artificialmente: lo stomaco, per ben funzionare, ha bisogno di una indipendenza assoluta. D'altronde la gastropessia sarebbe insufficiente nei casi in cui alla gastroptosi è associata la gastroectasia, con atonia della muscolare del ventricolo, ciò che, come dicevamo, si verifica quasi costantemente.

Con la gastro-enterostomia lo stomaco conserva tutta la propria indipendenza motoria, il chimo trova una via facile per svuotarsi nell'intestino ed il ristagno diviene impossibile.

Clinicamente la parola *gastroectasia* significa qualche cosa più che *dilatazione dello stomaco*. Lo stomaco può essere considerevolmente dilatato in individui abituati a cibarsi generosamente o a sorbire notevoli quantità di liquidi; ma le funzioni dell'organo possono non essere disturbate per una ipertrofia compensatrice delle pareti viscerali. Caratteristica della *gastroectasia essenziale* (non dipendente da stenosi pilorica) è invece la *insufficienza motoria*, e può perciò definirsi « quello stato pa-

Indicazioni
operatorie nella
gastroptosi.

Gastroectasia.

(1) Due mesi dopo l'atto operativo l'operata è aumentata in peso di kg. 5.

tologico permanente, caratterizzato dall'aumento di volume dell'organo, dalla diminuzione della sua tonicità, e dalla ritenzione, più o meno grande, del suo contenuto (DURANTE).

Non insisteremo sulla sintomatologia di quest' affezione, descritta in ogni trattato, e ci occuperemo della cura che, rimasta di spettanza medica fino a non molti anni or sono, è passata ora nel dominio della chirurgia, con notevole vantaggio dei poveri sofferenti.

Cura chirurgica della gastroectasia.

Il primo a proporre ed eseguire la cura chirurgica della atonia gastrica cronica fu il NOVARO (1) il quale, nel 1887, praticò la gastro-enterostomia per questa indicazione, con ottimo risultato. Riferendo il caso alla Società italiana di Chirurgia, questo A. diceva: « L'atonia gastrica non compensata conduce a morte per inanizione, ed è quindi indicazione vitale lo ottenere lo svuotamento dello stomaco con una operazione quale la gastro-enterostomia ».

Nel 1891 BIRCHER (2) propose la *gastro-plicatio*, che consiste nel praticare l'affaldamento delle pareti gastriche, con suture siero-muscolari, elevando così il bassofondo stomacale e riducendo l'ampiezza della cavità. WEIR (3) si fece sostenitore di questa operazione che praticò con tre serie di suture sulla parete anteriore del ventricolo, e denominò *gastrorrafia*. Nel 1894, il BRANDT (4) modificò la tecnica della gastro-plicatio, e finalmente il TRICOMI (5), nel 1895, riferì alla Società italiana di Chirurgia su 5 casi di gastroectasia da lui operati con un processo speciale che chiamò *gastrostenoplastica*.

Il BAUDOIN (6), nel 1892, cinque anni dopo il NOVARO, aveva proposto la gastro-enterostomia nella cura della dilatazione idiopatica dello stomaco: la stessa operazione fu praticata da JEANNEL (7) e da MEINECKE (8), con ottimo risultato. Finalmente il FERRARI P., nel 1896, con argomenti basati sulla

-
- (1) NOVARO, *Atti della Soc. It. di Chir.*, Pavia, 1887, pag. 183.
 (2) BIRCHER, *Correspons. Bl. für schwei. Aert.*, 1891, pag. 713.
 (3) WEIR, *New York Med. Journ.*, 1892, July 9, pag. 29.
 (4) BRANDT, *Cent. f. chir.*, n. 16, 1894.
 (5) TRICOMI, *La gastrostenoplastica ecc.*, *Il Policlinico*, Sez. Chir., 1896, pag. 293.
 (6) BAUDOIN M., *Progrès Médical*, Paris, 9 juil. 1892, pag. 44.
 (7) JEANNEL, *Arch. prov. de chir.*, 1893, pag. 29.
 (8) MEINECKE, in EWALD, *Sem. Méd.*, 1894, pag. 546.

clinica e l'anatomia patologica, sosteneva che la gastroplicatio può trovare soltanto raramente la propria applicazione, e facendo rilevare come la gastroptosi accompagni il più delle volte la gastroectasia, poneva in evidenza i grandi vantaggi che offre la gastro-enterostomia sulla operazione di BIRCHER.

Le idee sostenute dal FERRARI ebbero una splendida conferma nei risultati pratici di questi ultimi anni: ormai si può dire che la gastroplicatio è impiegata solo eccezionalmente, mentre la gastro-enterostomia è adottata come operazione di scelta nella cura della dilatazione essenziale del ventricolo.

Ci risparmieremo per ciò di discutere comparativamente le indicazioni di questi atti operativi, limitandoci a ricordare che la gastro-enterostomia è indicata in tutti i casi di atonia gastrica associati a gastroptosi più o meno rilevante, nei casi in cui la contrattilità della tunica muscolare del ventricolo è ridotta al minimo o quasi nulla, quando finalmente coesiste un catarro gastrico cronico o si verificano fatti di pilorospasmo.

Quanto alla gravità dell'intervento, facciamo notare che, nella nostra statistica, la gastro-enterostomia per questa indicazione raggiunge appena la mortalità del 7,4 %, cioè a dire è quasi uguale a quella della gastroplicatio, che, secondo l'ultima statistica generale pubblicata dal MAYO ROBSON (1), (28 operati, 2 morti) è del 7,1 %.

Riportiamo qui la storia clinica di un caso di gastroectasia, da noi operato con completo successo funzionale.

OSSERVAZIONE XVI. — *Gastroectasia essenziale.* — *Gastro-enterostomia transmesocolica alla VON HACKER.* — *Guarigione operatoria e funzionale.*

Pascucci Teresa, di anni 71, contadina, entra nell'ospedale di Tolentino il 28 settembre 1901.

Anamnesi. — Nulla d'importante nel gentilizio. Fu sempre robustissima e non ebbe mai malattie importanti. Mestrualo a 12 anni, si maritò a 19, ed ebbe successivamente cinque parti normali. I disturbi a carico dello stomaco rimontano a circa dieci anni or sono. Ebbe a soffrire, in principio, di acidità e senso di peso all'epigastrio, subito dopo il pasto: in seguito vennero in campo dolori gastrici

(1) MAYO ROBSON, The surgery of the stomach. *The Lancet*, 1900, pag. 831.

notevoli che terminavano talvolta col vomito delle sostanze ingerite. Il vomito non avveniva però frequentemente, ed invece la digestione era lunga e laboriosa: alle volte vomitava residui di cibi ingeriti due o tre giorni innanzi. Queste condizioni sono andate aggravandosi, cagionando un grave deperimento organico. La paziente, per evitare disturbi, mangia pochissimo, preferendo i liquidi. In passato, avendo buon appetito, era abituata a mangiare grandi quantità di polenta e di pane di grano turco: beveva molt'acqua.

Esame obiettivo. — Donna di bassa statura, a costituzione scheletrica regolare: pannicolo adiposo quasi scomparso, masse muscolari atrofiche, mucose visibili pallide.

Organi toracici sani: cuore debole.

Alla ispezione dell'addome si scorge lo stomaco, enormemente dilatato, disegnarci sotto le esili pareti addominali. Il limite inferiore della grande curvatura raggiunge quasi il pube: ondulazione gastrica. Alla palpazione nulla di anormale: rumore di guazzamento. Con la percussione, gonfiando lo stomaco, si constata che il ventricolo occupa i due quadranti inferiori dell'addome ed il quadrante superiore sinistro: si constata ancora che la piccola curvatura è spiegata in basso e raggiunge, con la sua estremità inferiore, il piano trasverso ombellicale, due dita trasverse a destra della cicatrice (gastroptosi).

Col sondaggio dello stomaco si estrae una grande quantità di liquido torbido, di odore nauseante, con residui di alimenti ingeriti molti giorni innanzi.

Si ha ipocloridria.

Orine normali: stipsi ostinata.

Diagnosi. — *Gastroectasia essenziale e gastroptosi.*

Atto operativo. — 1° ottobre 1901 (MATTOLI). — Nella sera antecedente all'operazione ed al mattino, prima di questa, si praticano due ipodermoclisi, di circa 500 cc. di soluzione fisiologica ciascuna. Gastrolusi. Cloronarcosi, previa iniezione morfina (dott. LODOVICI). Assistono i dottori U. CONTI e G. MARCORELLI. Laparotomia mediana, da due dita trasverse sopra la cicatrice ombellicale alla metà della linea ombellico-pubica. L'esplorazione della cavità addominale conferma la diagnosi. Si pratica la gastro-enterostomia transmesocolica posteriore alla VON HACKER, con doppio piano di sutura, seguendo la solita tecnica: la fistola gastro-intestinale si apre nella parte più bassa del sacco stomacale, ed è lunga circa sei centimetri. Sutura della ferita addominale con tre piani di sutura. L'atto operativo dura complessivamente trenta minuti: la malata si desta in buone condizioni.

Decorso postoperativo. — Favorevolissimo. Apiressia: guarigione per primam. Sei ore dopo l'operazione s'incomincia la som-

ministrato di liquidi nutritivi: in 4ª giornata minestra e uova, in 8ª giornata carne e pane. La malata mangia con vera voracità, senza risentire alcun disturbo.

Avendo riesaminato la Pascucci un anno dopo l'operazione, abbiamo trovato che le ottime condizioni funzionali si mantengono anche attualmente. La vecchierella è aumentata in peso, e mangia con appetito la sua polenta senza fastidio di sorta.

La grave età della paziente e le sue scadentissime condizioni generali ci fecero esitare qualche giorno, prima di deciderci all'intervento: cedemmo infine alle insistenze della inferma, anche nella considerazione che la morte non sarebbe stata lontana, ove noi fossimo rimasti inoperosi spettatori. Lo splendido risultato, ottenuto in così sfavorevoli contingenze, ci ha persuaso che la gastro-enterostomia non è controindicata neppure nelle più miserande condizioni generali, e può richiamare a nuova vita infermi che sembrerebbero votati a morte certa.

Spetta al DOYEN il merito di aver richiamato l'attenzione dei chirurghi sull'importanza che deve attribuirsi al *piloro-spasmo* in alcune forme di dispepsia grave, e sui benefici effetti che possono ottenersi, in simili casi, con la gastro-enterostomia. Questa operazione è stata eseguita con successo completo in casi d'*ipercloridria* ribelle al trattamento medico, ed in casi tipici della *malattia di REICHMANN*. Il DEFONTAINE (1) crede indicata la gastro-enterostomia in tutte le forme gravi di dispepsia. Naturalmente gli eccessi sono da fuggirsi, e i risultati più lusinghieri si otterranno in tutti quei casi in cui predomina la *sindrome pilorica*: l'atto operativo mira ad impedire il *ristagno* che CARLE e FANTINO hanno dimostrato essere in rapporto diretto con l'*ipercloridria*, e non sarà indicato che allorché una cura medica, sapientemente diretta e continuata per un tempo congruo, si è dimostrata del tutto inefficace o almeno inadatta a guarire i gravi disturbi funzionali.

La gastro-enterostomia è stata anche praticata nelle forme

La gastro-enterostomia nelle dispepsie gravi.

(1) DEFONTAINE, Gastro-enterostomie pour dyspepsies ou gastrites rebelles — *Arch. prov. de chir.*, Paris, 1897, p. 145.

di *dispepsia nervosa* dei nevrastenici: i risultati però sono stati, in questi casi, poco brillanti (ROUX).

Noi siamo intervenuti in un caso di grave dispepsia nervosa, in cui il vomito di tutti gli alimenti ingeriti si ripeteva costantemente da molti mesi, ed aveva ridotto il paziente, un militare di 22 anni, in condizioni miserrime. L'anamnesi escludeva la preesistenza di un fatto ulcerativo: i disturbi erano insorti acutamente, otto mesi innanzi, ed avevano subito un progressivo aggravamento. All'esame obiettivo si notava lo stomaco ingrandito, e, a certi momenti, si palpava una durezza in corrispondenza del piloro. Nessun disturbo a stomaco vuoto. Alla laparotomia si rinvenne il piloro normale ma contratto, e lo stomaco, ectasico, con pareti ipertrofiche. Praticammo allora la *divulsione pilorica*, col metodo HAHN-MONTENOVESI, associata alla *gastrostenoplastica*: il malato guarì ed il vomito non si è più rinnovato.

In un secondo caso di grave dispepsia nervosa abbiamo praticato la gastro-enterostomia. Eccone l'osservazione clinica.

OSSERVAZIONE XVII. — *Grave dispepsia nervosa, vomito incoercibile. — Gastro-enterostomia alla VON HACKER. — Guarigione operatoria, successo funzionale incompleto.*

Lucentini Sestilia, di anni 18, casalinga, nubile, entra nell'ospedale di Tolentino il 30 settembre 1901.

Anamnesi. — Nulla d'importante nel gentilizio: genitori viventi e sani, così pure fratelli e sorelle.

A cinque anni ebbe la difterite. Mestruada a 14 anni, le regole si ripeterono normalmente, tranne una interruzione di 7 mesi, durante i quali la paziente ebbe una grave cloro-anemia. I disturbi a carico dello stomaco rimontano a circa 7 mesi or sono: incominciarono con senso di peso all'epigastrio, subito dopo l'ingestione dei cibi e vomito 40-60 minuti più tardi. Non ebbe mai forti dolori gastrici; ma il vomito divenne, mano, mano, più insistente, e, mentre in principio si rinnovava una volta ogni due o tre giorni, in seguito si fece continuo, e si manifestava subito dopo il pasto. Ogni cura medica è stata inutile, il lavaggio gastrico non è tollerato. La paziente, estenuata dal vomito continuo, nella impossibilità assoluta di nutrirsi, invoca il soccorso chirurgico.

Esame obiettivo. — Costituzione scheletrica regolare: masse muscolari e pannicolo adiposo scarsissimi; pallida la cute, pallidissime le mucose visibili.

Organi toracici sani.

Addome enormemente depresso: nulla di straordinario alla ispezione. Alla palpazione nessuna dolorabilità sulla regione epigastrica: guazzamento stomacale. Negativa la palpazione sulla regione pilorica. Con la percussione si constata che il limite inferiore dello stomaco giunge a due dita trasverse sopra la cicatrice ombellicale.

All'esame del vomito si ha presenza di acido cloridrico libero.

Orine normali: fecchie scarsissime a scibale.

Diagnosi. — *Vomito incoercibile da pilorospasmo?*

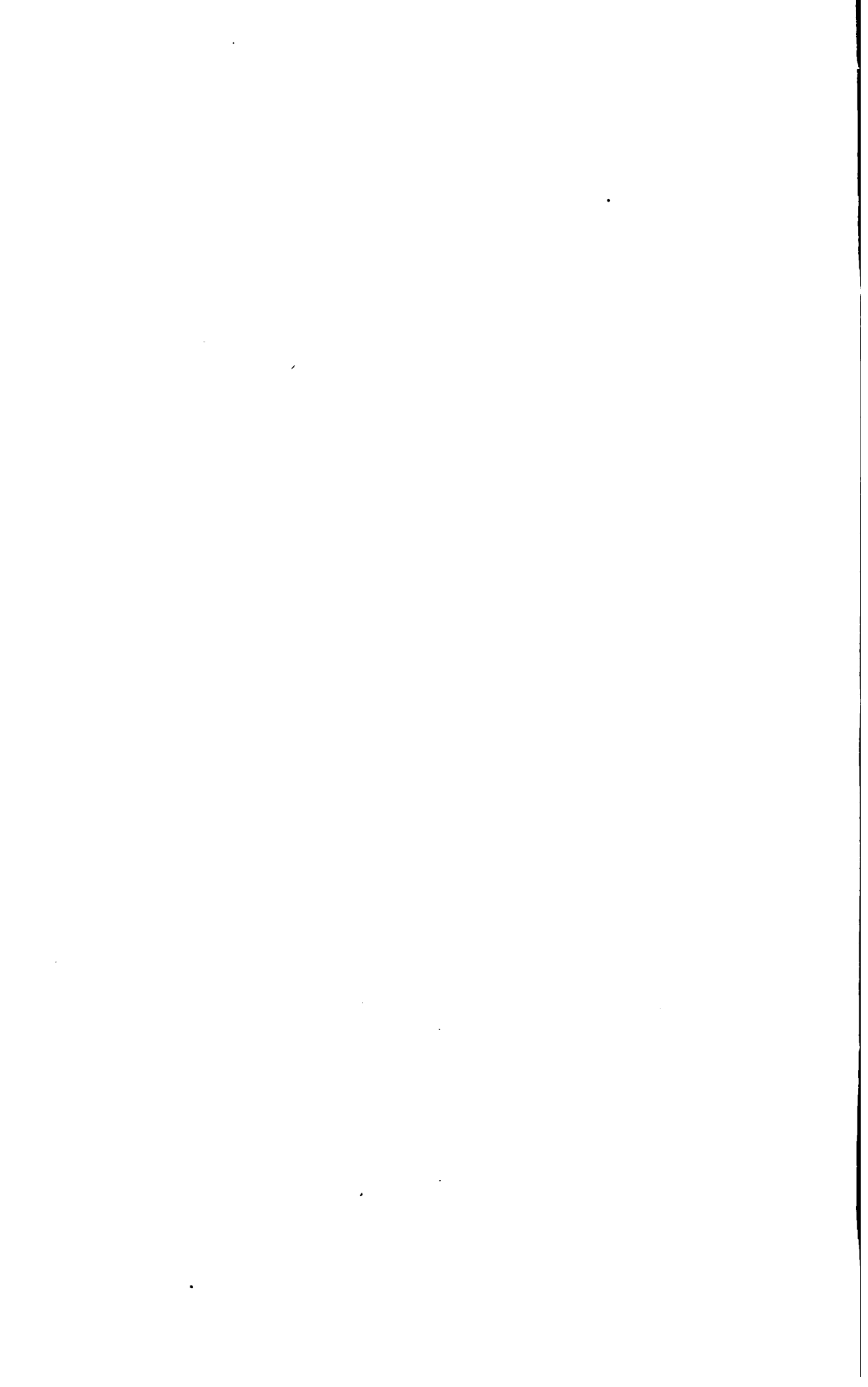
Atto operativo. — 2 ottobre 1901 (MATTOLI). — Cloronarcosi, previa iniezione morfina. Assistono i dottori TAMAGNINI, PUCCIARELLI, G. MARCORELLI e lo studente in medicina G. LAPPONI. Laparotomia mediana, da due dita trasverse sotto l'apofisi ensiforme fino alla cicatrice ombellicale. Il piloro, perfettamente libero, è contratto e le pareti sembrano ipertrofiche: introflettendo la parete anteriore del ventricolo non si riesce ad impegnare la punta dell'indice nel lume pilorico. Si pratica la gastro-enterostomia trasmesocolica alla von HACKER, con due piani di sutura, seguendo la solita tecnica. Sutura della breccia addominale a tre strati.

L'atto operativo dura complessivamente trentacinque minuti: la paziente essendo debolissima, viene praticata una ipodermoclisi di 500 cc. di soluzione fisiologica, sul tavolo d'operazione.

Decorso postoperativo. — Nel pomeriggio dello stesso giorno si ha vomito biliare che si ripete insistentemente per sei giorni, malgrado il ripetuto lavaggio dello stomaco che del resto è mal tollerato dall'operata. Durante questi sei giorni si ricorre più volte alla ipodermoclisi, e si pratica la nutrizione esclusivamente rettale. Cessato il vomito, la sera del 7 ottobre s'incomincia la somministrazione di liquidi ben nutritivi che sono ben tollerati: nei giorni seguenti se ne aumenta gradatamente la dose e in 12ª giornata si concede la carne e il pane.

Le funzioni gastro-intestinali procedono bene ancora per molti giorni: poi torna il vomito, seguito da un nuovo periodo di benessere durante il quale la operata mangia e digerisce i cibi più ordinari.

Questo stato di cose si continua anche attualmente: alcune volte la intollerabilità gastrica è assoluta, ed i cibi vengono vomitati non appena toccano lo stomaco: alcune altre volte l'operata può mangiare una notevole quantità di frutta acerbe che vengono digerite senza fastidio. Dobbiamo però fare constatare che la paziente è ingrassata, ed aumentata notevolmente in peso.



CAPITOLO IX.

RISULTATI DELLA GASTRO-ENTEROSTOMIA: *Risultati immediati*. — *Risultati remoti*. — Funzionalità e chimismo dello stomaco dopo la gastro-enterostomia. — Funzionalità intestinale, secrezione urinaria.

RISULTATI DELLA GASTRO-ENTEROSTOMIA.

I risultati generali della gastro-enterostomia sono andati notevolmente migliorando in questi ultimi anni, in ispecial modo per i perfezionamenti introdotti nella tecnica operatoria e per il maggior numero di lesioni benigne sottoposte all'intervento chirurgico.

Tratteremo prima dei risultati *immediati* e poi dei *remoti*.

Risultati immediati.

Confrontando le diverse statistiche, pubblicate successivamente, si nota una sensibile diminuzione della mortalità generale. Risultati immediati generali.

WILHELM (1) nella sua tesi, pubblicata nel 1893, raccoglieva 219 osservazioni con una mortalità generale del 53,3%. HABERKANT (2), nel 1896, pubblicò una statistica di 298 operazioni, con la mortalità del 42,6%. CZERNY (3) in una prima statistica, pubblicata nel 1897, aveva, su 90 casi, una mortalità del 32%, ed in una seconda, pubblicata nel 1899 (4), con 65 nuove osservazioni, la mortalità scendeva a 30,8%. Negli ope-

(1) WILHELM, De la gastro-enterostomie. *Thèse de Nancy*, 1892-93, 1 serie, n. 349.

(2) HABERKANT, *Arch. f. klin. Chir.*, 1896, pag. 484 e 861.

(3) CZERNY, *Berl. klin. Woch.*, 1897, pag. 762 e 769.

(4) STENDEL, *Beiträgez. klin. chir.*, Bd. XXXI, pag. 1, 1899.

rati del MIKULICZ (1) la mortalità raggiungeva, nel 1898, il 29,57 ‰, e, nel 1900, il 26,92 ‰.

Il CHLUMSKY (2) pubblicò, nel 1898, una statistica generale della gastro-enterostomia, divisa in tre periodi di tempo, dimostrando la graduale diminuzione della mortalità operatoria. Le cifre date da questo A. erano le seguenti:

Dal 1881 al 1885, 35 casi	}	12 g. 23 m.	65,71 ‰.
• 1886 • 1890, 114 •	}	61 g. 53 m.	47 ‰.
• 1891 • 1896, 401 •	}	265 g. 136 m.	33,91 ‰.

In seguito lo stesso A. (3) raccolse 300 nuovi casi, con 105 morti: mortalità di 35 ‰.

Il MAYO ROBSON (4) ha pubblicato un quadro statistico generale della gastro-enterostomia che comprende ben 1978 casi, con 1258 guariti e 720 morti: mortalità 36,4 ‰. Facciamo però rilevare che il computo statistico di questo A. è necessariamente inesatto, perchè vi figurano ripetute le cifre riguardanti alcuni chirurghi, come ad es. quelle del CARLE, e, mentre è riportata globalmente la statistica del CHLUMSKY, sono calcolati nuovamente i singoli risultati dei vari AA. che avevano contribuito a formare la statistica stessa. La correzione di questi errori di calcolo diminuirebbe notevolmente il numero totale dei casi raccolti dal chirurgo inglese; ma non varierebbe di molto la media della mortalità generale della gastro-enterostomia che, in quest'ultimo periodo, si aggira intorno al 35 ‰.

La statistica generale italiana, da noi raccolta per contributo diretto dei singoli operatori, senza distinzione in riguardo all'epoca in cui l'intervento fu compiuto, ha una media di mortalità molto più bassa di tutte le altre statistiche fino ad

(1) CHLUMSKY, *Beitr. z. klin. chir.*, 1900, Bd. XXVII, Heft 1-2.

(2) LO STESSO, Ueber die gastro-enterostomie. Statistische und experimentelle Studien. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1898, Bd. XX, pag. 231 e 487.

(3) LO STESSO, loc. cit., 1900.

(4) MAYO ROBSON, loc. cit., pag. 834.

ora pubblicate. Su di un totale di 1028 casi, si hanno 819 guariti e 209 morti, e cioè una mortalità media del 20,33 %. I risultati parziali variano molto a seconda dei diversi operatori, come emerge dal quadro generale (Tav. I), e dalle schede statistiche personali che riportiamo più innanzi.

Sono molte le condizioni che possono influire sulla mortalità operatoria della gastro-enterostomia.

Condizioni
che influiscono
sulla mortalità
operatoria.

La massima importanza deve attribuirsi alla *natura della malattia* che determina l'intervento. Gli operati per *cancro* danno una mortalità molto maggiore degli operati per *lesioni benigne*. Nella statistica di HABERKANT la mortalità per cancro raggiunge il 43,5 %, e nelle lesioni benigne il 25,5 %. In quella di CHLUMSKY, i cancerosi danno il 45,21 % e gli affetti da lesioni benigne il 21,49 %. I risultati complessivi del MIKULICZ, dal 1884 al 1899, sono i seguenti: 115 casi di stenosi maligna con 40 morti = 34,74 %; 34 lesioni benigne con 2 morti = 5,87 %.

Risultati
immediati
nelle diverse
indicazioni.

Nella nostra statistica abbiamo:

Cancro, casi 438	{	291 g.	33,56 %.
		147 m.	
Les. benigne, casi 590	{	528 g.	10,50 %.
		62 m.	

Fra le lesioni non cancerigne, — sempre secondo i dati da noi raccolti — quella che darebbe una maggiore mortalità (29,48 %) è l'*ulcera e stenosi del duodeno*. Ottimi invece sono i risultati ottenuti nello *stomaco a clepsidra*, nella *gastroptosi*, nella *gastroectasia*, nelle *dispepsie gravi*: la mortalità operatoria raggiunge appena il 7,14 %. Non meno soddisfacenti sono le cifre che riguardano la *stenosi pilorica cicatriziale*, in cui la media di mortalità è solo dell'8 %. L'*ulcera in atto* ha dato una mortalità del 13,68 %: la *stenosi pilorica da cause estrinseche* il 16,12 %: la *piloro-duodenite tubercolare* il 17,24 %. (V. Tav. II).

Il sesso degli operati non sembra influire sui risultati della operazione. Difatti, mentre nella statistica di HABERKANT gli uomini darebbero una mortalità del 49 % e le donne del 37,5 %, tra gli operati del MIKULICZ, la mortalità è maggiore nelle donne,

Il sesso non
influisce sulla
mortalità.

in cui raggiunge il 33,33 %, in confronto degli uomini che danno il 27,72 %.

Influenza
dell'età.

Anche l'età dei soggetti ha una limitata influenza sulla mortalità operatoria della gastro-enterostomia. Si comprende facilmente che, a pari condizioni, un individuo giovane è in grado di sopportare l'atto operativo meglio di un vecchio; ma, volendo dare alle cifre della statistica un valore assoluto, si vede che la maggiore mortalità si verifica nei soggetti che hanno sorpassato i 40 anni di età perchè sono più frequentemente colpiti dal cancro.

Influenza
del metodo
operativo.

Per TERRIER e HARTMANN (1) il metodo operativo impiegato, ed il modo di praticare l'anastomosi (sutura o bottone), non avrebbero importanza in riguardo alla mortalità operatoria. Noi abbiamo già citato (pag. 171) i risultati della nostra statistica, a questo proposito: la mortalità raggiunge il 27,24 % nel metodo antecolico di WÖLFLE, il 18,57 % nel metodo ROUX e il 17,72 % nel metodo VON HACKER. Abbiamo anche dimostrato che la mortalità operatoria, specie nei metodi di WÖLFLE e di ROUX, è maggiore negli operati col bottone di MURPHY.

Studiando le cause di morte (vedi Tav. III), noi troviamo difatti che, su 209 decessi, 22 furono dovuti al *circolo vizioso* (10,52 %), che si verificò 21 volte nei metodi anteriori ed una sola volta nel metodo di VON HACKER: troviamo inoltre 22 morti per *peritonite settica*, la quale in 11 casi fu dovuta al bottone ed in uno soltanto alla sutura. Dobbiamo perciò concludere che la scelta del metodo operatorio ed il metodo di praticare l'anastomosi gastro-intestinale hanno certamente importanza in riguardo ai risultati immediati della gastro-enterostomia. Alle stesse conclusioni giungono il MOMPFOIT ed il ROUX che, affatto recentemente, si sono occupati della gastro-enterostomia in seno al 15° Congresso francese di chirurgia (2). Il primo, riferendo la propria statistica di 101 casi, concludeva che i risultati sono migliori nei processi di gastro-enterostomia posteriore, ed il secondo dichiarava di aver rinunciato assolutamente al bottone di MURPHY.

(1) TERRIER et HARTMANN, loc. cit., pag. 168.

(2) MOMPFOIT e ROUX, 15° Congr. fran. de Chir., 20-25 oct. 1902. *Semaine Médicale*, n. 44, pag. 360.

Ma è fuori di dubbio che la causa che maggiormente influisce a mantenere ancora relativamente elevata la cifra di mortalità, è data dallo stato di sfinimento in cui si trovano la maggior parte dei candidati alla gastro-enterostomia. Non sono rari, per fortuna, i medici coscienziosi e valenti che si fanno preziosi collaboratori del chirurgo, e gli cedono volentieri la cura delle gastropatie ribelli al trattamento igienico e farmaceutico; ma abbondano purtroppo gl' internisti che, forse per un'esagerata e poco giustificata fiducia nelle risorse terapeutiche, si ostinano a ritenere di pertinenza medica malattie che soltanto la chirurgia può curare efficacemente. A questi ultimi è opportuno ricordare le parole di un illustre clinico medico, il CARDARELLI (1): « E se voi mi domanderete fino a quando si può confidare nella cura medica, io vi rispondo, senza esitare un momento, che appena voi avrete fatto, con qualche sicurezza, la diagnosi di stenosi pilorica semplice, ed avrete riconosciuto il ristagno più o meno permanente del contenuto gastrico, dovete ricorrere all'opera del chirurgo. E dico anche di più, che, pur non avendo la sicurezza della diagnosi della stenosi, per farvi invocare l'opera del chirurgo, e con sicura coscienza, basta solo l'aver riconosciuta l'assoluta impotenza dello stomaco a svuotarsi, ed il ristagno permanente..... ».

Il clinico di Napoli soggiunge anche che « la ragione per cui dai medici non si consiglia l'opera del chirurgo, non è solo perchè s'ignorano i buoni risultati della chirurgia gastrica o si ha grande fiducia nelle cure medicinali: spesso si evita per l'incertezza diagnostica, e si teme che il chirurgo, operando, possa smentire la diagnosi del medico.... ».

Senza aggiungere una parola di nostro, noi facciamo l'augurio che, per il bene di tanti sofferenti, si voglia una buona volta riconoscere che l'arte del guarire unisce, senza limiti netti, la medicina alla chirurgia, e il medico che sa consigliare a tempo un intervento chirurgico non è meno benemerito del chirurgo che, operando, guarisce.

Nella nostra statistica si hanno 70 morti per *shoc* (33,49 %), attribuibili, in gran parte, appunto alle condizioni di grave esaurimento in cui si trovavano gli operandi.

Shoc.

(1) CARDARELLI, L'intervento chirurgico nelle grandi dilatazioni di stomaco. *Riv. Crit. di Clin. Med.*, n. 1-2, 1900.

Cachessia,
inanizione,
emorragia,
diarrea infrenabile;
pneumonite.

In 21 casi la morte fu dovuta a *cachessia* ed *inanizione*, 11 volte ad *emorragia* da ulcera in corso di evoluzione, 6 volte a *diarrea infrenabile*, 11 volte alla *pneumonite*, 14 volte a cause varie, notate nella Tav. III: di 32 casi la causa della morte non è ben precisata.

Dalla valutazione delle diverse cause di morte, si può dunque arguire che i risultati operatorii della gastro-enterostomia potranno ancora migliorare, specie quando ai chirurghi sarà dato intervenire a tempo opportuno, su malati che abbiano ancora una sufficiente resistenza, e quando ulteriori perfezionamenti della tecnica operatoria ridurranno al minimo i casi di morte dovuti alla *peritonite* ed al *circolo vizioso*.

Risultati remoti.

Clinicamente, dopo una gastro-enterostomia ben riuscita, si osserva il normale ristabilirsi delle funzioni digestive e la cessazione dei dolori e del vomito. Questo fatto si constata in ogni caso di *stenosi pilorica*, sia dessa dovuta a carcinoma o a lesione benigna.

Nel cancro
stenosante del
piloro.

Nel *cancro stenosante del piloro* il beneficio è, naturalmente, transitorio. Se la cachessia non è troppo avanzata, lo stato degli operati diviene, assai spesso, oltremodo soddisfacente. Con la possibilità di una buona nutrizione, la cessazione del ristagno, dei dolori e del vomito, si ha un aumento del peso del corpo, i pazienti riacquistano forza ed energia e possono tornare alle loro occupazioni. Contemporaneamente si può constatare un'apparente diminuzione del tumore, il cui sviluppo diviene meno rapido. In altri casi, meno favorevoli, il risultato funzionale non è completo: gli operati non giungono a riacquistare la forza necessaria per tornare al lavoro: persiste l'anemia, la tinta paglierina della cute non si modifica, il peso del corpo va diminuendo anziché aumentare, e la cachessia progredisce rapidamente. In questi casi la debilitazione organica che i pazienti presentano al momento dell'operazione, non è dovuta che in piccola parte alla inanizione da ostruzione pilorica, mentre predominano i fatti d'intossicazione cancerosa (cachessia).

Anche nei casi più favorevoli, le buone condizioni degli operati sono pur troppo di breve durata. I casi di cancerosi, noti nella letteratura, che avrebbero sopravvissuto alcuni anni

alla gastro enterostomia, sono assai rari e fanno pensare ad un errore diagnostico. In generale, qualche mese dopo l'intervento, gli operati tornano a perdere gradualmente il peso che avevano acquistato, e lo stato di cachessia si aggrava inesorabilmente, mentre il tumore si trapianta nel fegato, nel peritoneo o in altri organi.

La morte può sopravvenire per emorragia o per perforazione, in seguito ad ulcerazione del tumore: il più delle volte i malati soggiacciono alla cachessia, e possono continuare a nutrirsi fino all'ultimo, senza sofferenze: raramente si osserva il rinnovarsi di disturbi funzionali, dovuti al fatto che il neopiloro è invaso dal carcinoma.

La durata della sopravvivenza all'atto operativo è assai variabile, e deve porsi naturalmente in rapporto con lo stato dei pazienti al momento dell'intervento. KAPPELER (1) avrebbe una media di sopravvivenza di oltre 5 mesi; DUBOURG (2) di 4 a 6 mesi; TERRIER e HARTMANN (3) di 6 mesi; DREYDORFF (4) di 7 mesi, CZERNY (5) di mesi 8 $\frac{1}{2}$; CARLE di un anno; CHLUMSKY (6) di 4 mesi. Per la statistica italiana, rimandiamo alle tabelle dei singoli operatori.

Media di sopravvivenza negli operati per cancro.

Nei casi di *stenosi pilorica benigna*, una volta assicurato il successo operatorio, la guarigione diviene assoluta e permanente. Gli operati aumentano rapidamente in peso, riacquistano completamente le forze, scompare lo stato d'anemia dovuto alla inanizione, e la salute diviene perfetta. L'aumento del peso del corpo è, in alcuni casi, notevolissimo: una donna, da noi operata cinque anni or sono, è cresciuta in peso ben 60 chilogrammi (Osserv. II.). Un'altra delle nostre operate rimase incinta pochi mesi dopo l'intervento, e la gravidanza si svolse normalmente (Osserv. VII.).

Stenosi pilorica benigna.

Tutti gli AA. sono d'accordo nell'affermare che i risultati della gastro-enterostomia, nelle stenosi benigne del piloro, si mantengono perfette per tempo indefinito. Naturalmente si deve

(1) KAPPELER, *Deut. Zeits. f. Chir.*, 1898, XLIX, pag. 124.

(2) DUBOURG, *11^e Congr. franc. de chir.*, 1897, pag. 50.

(3) TERRIER e HARTMANN, loc. cit., pag. 185.

(4) DREYDORFF, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1894, XI, pag. 333.

(5) CZERNY, *Berlin. klin. Woch.*, 1897, pag. 762 e 779.

(6) CHLUMSKY, loc. cit., 1900.

supporre che l'atto operativo sia completamente riuscito, e non si abbiano a verificare inconvenienti dovuti a cattiva scelta del metodo o ad imperfetta esecuzione del medesimo. Di tutto quanto riguarda il rigurgito biliare ci siamo occupati diffusamente nel capitolo V.

In quei casi in cui, dopo l'operazione, persistono disturbi gastrici, quali i dolori, l'acidità, senso di peso all'epigastrio, si deve pensare ad una insufficiente funzionalità del neopiloro, dovuta molto verosimilmente a difettosa esecuzione dell'atto operativo, o a sopravvenute complicanze che ne limitano il beneficio.

I risultati remoti della gastro-enterostomia non sono ugualmente e costantemente favorevoli tutte le volte che la indicazione ad operare sia data da una lesione non cancerigna.

Dispepsia ribelle al trattamento medico.

Nei casi di *dispepsia* ribelle al trattamento medico, ma in cui non predominano i sintomi pilorici (gastralgia, ristagno, vomito) i benefici che si ottengono con l'operazione sono, assai spesso, transitorii. Il risultato è invece ottimo e duraturo nei casi in cui l'intervento fu determinato da gravi disturbi funzionali dovuti a pilorospasmo (*sindrome pilorica*). La gastro-enterostomia sopprime il ristagno ed il pilorospasmo, e riesce curatrice, sia nella ipercloridria che nella ipocloridria.

Ulcera gastrica in atto.

Nell'*ulcera gastrica in corso di evoluzione* gli esiti remoti molte volte non sono — come dicemmo trattando delle indicazioni — del tutto favorevoli. Nei casi più gravi si rinnovano le emorragie che sono spesso mortali: talora persistono tormentose gastralgie; il vomito però difficilmente torna a rinnovarsi. In molti casi invece il risultato, anche lontano, è completo, e si vedono i pazienti risorgere a nuova vita: sono questi i casi di ematemesi cronica, accompagnata da una sindrome pilorica netta: tutti i disturbi cessano allora dopo la gastro-enterostomia. Negli individui che furono affetti da ulcera trofica, c'è da temere che il processo ulcerativo si rinnovi sul digiuno, in un tempo più o meno lontano dall'atto operativo.

Ulcera duodenale.

Nell'*ulcera duodenale* i risultati remoti della gastro-enterostomia non sono sempre lusinghieri. L'emorragia torna a rinnovarsi in alcuni casi, i dolori continuano e il beneficio ottenuto dall'operazione è soltanto parziale. Come abbiamo detto, occupandoci di questa indicazione all'intervento, noi riteniamo che i risultati remoti saranno assolutamente favorevoli, quando

il chirurgo, praticando la gastro-enterostomia, provvederà in pari tempo alla chiusura del piloro.

La *tuberculosis pilorico-duodenale* che ha — come dicevamo testè — una mortalità operatoria abbastanza limitata (17,24 %), presenta condizioni meno confortanti negli esiti remoti. Nella nostra statistica troviamo che, su 24 guariti operatorialmente e funzionalmente, la morte sopravvenne in 5 casi per affezioni tubercolari, appena alcuni mesi dopo l'intervento (casi di: BÉDESCHI, CARLE, MANARA, MATTÒLI, VINCINI): in due operati del CRESPI persistevano, dopo l'intervento, delle gastralgie, dovute forse ad aderenze, secondarie a peritoniti localizzate: un caso, operato dal PARLAVECCHIO, fu perduto di vista. In molti casi però la guarigione è completa e duratura.

Tuberculosis
pilorico - duo-
denale.

Nello *stomaco a clepsidra*, nella *gastroptosi* e nella *gastroectasia essenziale*, i risultati remoti della gastro-enterostomia sono favorevolissimi.

Stomaco a
clepsidra - ga-
stroptosi e ga-
stroectasia.

Funzionalità e chimismo dello stomaco dopo la gastro-enterostomia.

Dopo DUNIN (1), ROSENHEIM (2) e MINTZ (3) che avevano eseguito diligenti ricerche su dieci operati di gastro-enterostomia, il FANTINO praticò ripetute osservazioni in un gran numero di operati del prof. CARLE, giungendo ad importanti conclusioni: successivamente si occuparono dello stesso argomento altri AA., come HARTMANN e SOUPAULT (4), GHERARDI (5), U. DEGANELLO (6) ecc.

Noi abbiamo esaminato ripetutamente alcuni dei nostri

(1) DUNIN, in *Revue internat. de therap. et pharmac.*, Paris, 1893, pag. 410.

(2) ROSENHEIM, *Deut. Med. Wochens.*, 1892, pag. 280.

(3) MINTZ, *Zeits. f. klin. Med.*, XXV, pag. 123.

(4) HARTMANN e SOUPAULT, Les résultats éloignés de la gastro-enterostomie. *Rev. de chirurgie*, n. 2-3, 1899.

(5) GHERARDI, Considerazioni ecc., e studi sui risultati prossimi e remoti della gastro-enterostomia e piloro-plastica. *La Clin. Chir.*, 1900.

(6) DEGANELLO, Il ricambio materiale dell'azoto e la digestione gastrica nelle persone operate di gastro-enterostomia, *Rifor. Med.*, 1899, n. 216-218.

operati, in epoca più o meno lontana dall' intervento, e portiamo quindi anche il modesto contributo delle nostre ricerche.

Aumento dell'attività motoria del ventricolo.

In riguardo all' *attività motoria del ventricolo*, si deve ammettere quanto aveva affermato il FANTINO, e cioè che, nella maggior parte degli operati di gastro-enterostomia, lo svuotamento del ventricolo non solo si fa nel tempo fisiologico, ma è affrettato. Questo ritorno alla norma della funzione motoria, che in alcuni operati si verifica quasi immediatamente, in altri avviene in modo lento e progressivo: a nostro modo di vedere, nella valutazione di questo fatto, debbono tenersi in gran conto il metodo operativo prescelto e l'ampiezza del neopiloro. Il DEGANELLO (loc. cit.) dice che, in alcune delle operate del TRICOMI (metodo ROUX) « la motilità dello stomaco era forse alquanto inferiore, indubbiamente non superiore alla norma ». In due nostre operate col metodo WÖFLER, lo svuotamento dello stomaco era ancora ritardato novanta giorni dopo l'atto operativo: ad un nuovo esame, praticato dopo sei mesi, avemmo a constatare che nel ventricolo non si riscontrava più traccia di un pasto abbondante fatto ingerire 6 ore innanzi. Invece in tre operati col metodo VON HACKER, che sottoponemmo a ripetuti esami, di due in due settimane, dopo l'atto operativo, potemmo constatare che al 50°-70° giorno lo stomaco si svuotava completamente del contenuto in 5-6 ore di tempo dall'ingestione degli alimenti. Gli operati erano diventati voraci addirittura, e mangiavano qualunque cibo, in quantità considerevole, senza risentire il menomo disturbo.

HARTMANN e SOUPAULT (loc. cit.) vennero a conclusioni alquanto diverse: per questi AA. la funzione motrice del ventricolo, dopo la gastro-enterostomia, si compie più o meno bene a seconda dei soggetti, ma sempre in modo insufficiente: dessi non riscontrarono mai il ritorno allo stato normale, anche in malati sottoposti ad esame un anno dopo l'atto operativo.

Gli stessi AA. attribuiscono questo ritardo nello svuotamento dello stomaco a diverse cause, quali l'atonìa della muscolare del ventricolo, l'esistenza di aderenze perigastriche che impediscono una contrazione efficace, e fanno sì che il viscere debba vuotarsi per regurgito, mentre rimane sempre un basso fondo nel quale si fa il ristagno.

Si hanno certamente di tali casi sfavorevoli; ma allora

conviene confessare che l'atto operativo non ha sortito il suo effetto.

Quando si apre una capace bocca di scarico nella *parte più declive* del sacco stomacale, anche in casi di forte atonia della tunica muscolare, si vede cessare il ristagno, mentre, col ritornare della tonicità muscolare, diminuisce progressivamente il tempo impiegato dal ventricolo a svuotarsi completamente. Noi abbiamo potuto esaminare affatto recentemente, dopo un anno dall'intervento, una nostra operata di gastro-enterostomia posteriore per *gastroectasia essenziale* (Osserv. XVI) e, praticata a digiuno la gastrolusi, abbiamo constatato che lo stomaco era perfettamente vuoto: somministrato subito dopo il pasto di EWALD, e ripetuto il sondaggio dopo un'ora e 40 minuti, non ne abbiamo riscontrata più alcuna traccia. Questa operata, per le sue misere condizioni, si nutrice quasi costantemente con polenta ed erbaggi. Lo stomaco si è notevolmente retratto, e la grande curvatura raggiunge appena la cicatrice ombellicale.

Il FANTINO ebbe poi campo di constatare che, contrariamente a quanto accade negli operati per stenosi benigna, molte volte lo svuotamento dello stomaco si compie con notevole ritardo negli operati per cancro, « perchè la tunica muscolare, già infiltrata dal tumore e perciò assai meno contrattile, è insufficiente a respingere il cibo, malgrado la nuova apertura ».

Un altro fatto che si osserva quasi costantemente dopo la gastro-enterostomia è una notevole e rapida *riduzione della capacità del ventricolo*: questo fatto è da porsi in rapporto con la migliorata e facilitata funzione motoria. La retrazione stomacale si fa tanto più presto e notevolmente, quanto più rapido fu il prodursi del restringimento pilorico (HARTMANN).

Riduzione
dalla capacità
del ventricolo.

Noi abbiamo riscontrato una sensibile diminuzione del volume del ventricolo in tutti quelli, fra i nostri operati, che ci è stato possibile riesaminare qualche mese dopo l'intervento.

In qualche caso la dilatazione stomacale è persistente o la retrazione dell'organo si compie con lentezza straordinaria. Questo fatto può dipendere da imperfetta funzionalità del neopiloro o da impedito deflusso del contenuto stomacale nell'ansa efferente: in alcuni cancerosi l'infiltrazione delle pareti ostacola una efficace contrazione del viscere, e, insieme al ristagno, persiste la gastroectasia, in misura più o meno sensibile. L'esistenza

di aderenze perigastriche rende difficile lo svuotamento e la retrazione del ventricolo (HARTMANN).

Continenza
del
neopiloro.

La *continenza del neopiloro* era già stata dimostrata da DUNIN e ROSENHEIM: il fatto fu confermato dal FANTINO il quale, dopo numerosi esperimenti, concluse che « il nuovo piloro è continente e che esso lo diventa tanto più quanto più ci allontaniamo dall'epoca dell'operazione ». Per questo A., attorno al nuovo orificio si andrebbe formando uno sfintere che restituisce all'organo la sua normale funzione: la stessa ipotesi era ammessa da MINTZ, DUNIN, GUEDEI. L'esame istologico del nuovo piloro, praticato da SIEGEL, SOUPAULT, BOURBON e GHERARDI non dimostrava però alcuna ipertrofia muscolare attorno all'orificio.

La chiusura di questo sarebbe dunque dovuta alla contrazione delle fibre longitudinali della tunica muscolare del ventricolo, poichè le fibre circolari vengono recise con la incisione che si pratica per eseguire la gastro-enteroanastomosi: il KOCHER avrebbe invece osservato che la chiusura del nuovo piloro si fa a livello della muscolare dell'intestino (1).

Comunque il fatto della continenza del nuovo piloro è ammesso da tutti, e facilmente dimostrabile con la insufflazione od il lavaggio del ventricolo negli operati di gastro-enterostomia. Questa continenza va aumentando, man mano, nei primi mesi dopo l'operazione, fino a che la digestione stomacale torna a compiersi nel periodo di tempo fisiologico o quasi.

Non è dunque esatto dire che « la gastro-enterostomia lascia in riposo lo stomaco », perchè questo deve compiere ugualmente il suo lavoro fisiologico: l'organo lasciato in riposo, fino ad un certo punto, è il piloro, il quale, col modificarsi o lo scomparire delle condizioni patologiche, può riprendere in parte od in tutto la sua funzione, come ebbe a constatare il FERRARI (2) di Parma, praticando l'autopsia di due suoi operati di gastro-enterostomia.

Modificazioni
nel chimismo
gastrico.

Nella massima parte degli operati si hanno notevoli *modificazioni del chimismo gastrico*. Ciò che non manca mai di verificarsi è la cessazione della *ipercloridria*, il che è naturale, giacchè, dopo l'operazione, cessa un fattore che esercita dan-

(1) KOCHER, *Semaine Médicale* 1902, pag. 131.

(2) FERRARI A., Contributo ecc., *La Clin. Chirur.*, 1902, pag. 847-878.

nosa influenza sulla secrezione gastrica, cioè il ristagno (FANTINO).

Anche il prof. HAYEM attribuisce al ristagno la massima importanza: per questo A., allorchè si può constatare, a digiuno, la presenza nel ventricolo di un liquido acido, si deve concludere che il neopiloro non permette ancora il completo svuotamento del viscere. TERRIER e HARTMANN, pur convenendo che il ristagno è un fattore assai importante della ipersecrezione stomacale, affermano che non basta a determinarla, e considerano come fatto di capitale importanza lo stato della mucosa gastrica e delle glandule in essa contenute.

Valore del ristagno come causa della ipercloridria.

Ad ogni modo è bene stabilito che, dopo la gastro-enterostomia nei casi d'ipercloridria, questa cessa non solo; ma spesso l'acido cloridrico libero scende al di sotto della norma: MUNDLER trovò anzi, in un operato di CZERNY, anacloridria. È però da notare che si hanno grandi oscillazioni nella percentuale dell'acido cloridrico libero: nei medesimi individui, cogli stessi pasti di prova, nelle medesime ore, si possono osservare notevoli differenze nel tasso dell'acidità, sempre però al di sotto dei limiti fisiologici.

Cessazione della ipercloridria, diminuzione del tasso d'acidità.

Negli individui che presentavano *ipocloridria* od *anacloridria* prima dell'intervento, la gastro-enterostomia non modifica la secrezione cloridrica: si deve perciò ritenere che tale condizione del chimismo gastrico non può riferirsi al ristagno, ma a precedenti modificazioni della mucosa e delle glandule peptogastriche.

L'ipocloridria e l'anacloridria permangono.

Ci siamo largamente occupati del *riflusso della bile e del succo pancreatico* nel ventricolo dopo la gastro-enterostomia, e abbiamo dimostrato, sulla base dei risultati clinici e sperimentali, come, contrariamente a quanto ritengono ancora alcuni chirurghi, questo fatto sia perfettamente compatibile col benessere degli operati. Il riflusso dei succhi duodenali si osserva costantemente, in quantità più o meno notevole, in tutti gli operati con metodi di gastro-enterostomia ad anastomosi laterale, e la entero-enteroanastomosi fra ansa afferente ed efferente (BRAUN-JABOULAY) non elimina questo fatto. Invece il riflusso non si verifica negli operati col metodo ROUX: altrettanto si ottiene col nostro metodo di *gastro-enterostomia ad Y ad anastomosi laterale*: di ciò abbiamo potuto assicurarci esaminando ripetutamente le due donne operate con questo metodo

Riflusso della bile e del succo pancreatico nel ventricolo.

(casi MATTÒLI, MONGUIDI), in giorni ed in ore diverse, sia a digiuno che dopo il pasto di prova.

Tranne in quei casi in cui il reflusso è determinato da ragioni del tutto speciali, normalmente, dopo alcuni mesi, non si riscontra più traccia di bile nello stomaco degli operati.

Funzione intestinale.

Un fatto che si riscontra costantemente nella stenosi del piloro è la *costipazione* ostinata: le evacuazioni alvine sono notevolmente ritardate e l'emissione di fecce dure, foggiate a scibale, si ottiene con difficoltà malgrado l'uso dei purganti e della enteroclisi. Questa costipazione non è solo da riferirsi ad atonia o a spasmo dell'intestino, sibbene alla insufficienza degli alimenti che giungono nel tubo intestinale, ed i cui residui sono naturalmente poco abbondanti.

La funzione dell'intestino si ristabilisce normalmente, nella più gran parte dei casi, dopo la gastro-enterostomia: l'evacuazione fecale diviene regolare e più o meno abbondante, secondo l'alimentazione.

Non infrequentemente si ha la diarrea che, negli ammalati cachettico assai deboli, può assumere una gravità tale da determinare la morte: abbiamo accennato a questo fatto, occupandoci delle complicità della gastro-enterostomia (a pag. 175-76).

Secrezione urinaria.

Anche la *secrezione urinaria* torna a compiersi fisiologicamente col ristabilirsi della funzione gastro-intestinale. Nelle stenosi piloriche di qualsiasi natura, la quantità dell'urina emessa e dell'urea è assolutamente proporzionale alla alimentazione: quando i reni sono integri, la secrezione urinaria dipende dall'assorbimento intestinale. Dopo la gastro-enterostomia, essendo ridivenuta possibile una sufficiente alimentazione, l'urina riprende i suoi caratteri normali ed il tasso dell'urea torna nel limite fisiologico.

CAPITOLO X.

STATISTICA ITALIANA DELLA GASTRO-ENTEROSTOMIA. — Risultati. — *Tavole statistiche riassuntive*: I. Quadro statistico generale della gastro-enterostomia in Italia; II. Risultati nelle lesioni benigne; III. Cause di morte; IV. Metodo WÖFLER; V. Metodo DOYEN; VI. Metodo VON HACKER; VII. Metodo ROUX.

Statistica italiana nella gastro-enterostomia.

Accingendoci a raccogliere la statistica italiana della gastro-enterostomia, avevamo due aspirazioni: la prima che la statistica riuscisse il più possibilmente completa, la seconda che cifre e notizie, riguardanti le casistiche dei singoli Operatori, fossero assolutamente esatte.

Se non siamo riusciti a raccogliere una statistica completa, non deve attribuirsi a colpa nostra: noi abbiamo diffuso, nelle cliniche e negli ospedali italiani, un numero rilevante di schede-questionario, sollecitando reiterate volte i colleghi ritardatari, perchè si compiacessero mandarci il loro contributo personale. Molti ci favorirono sollecitamente, con grande cortesia; alcuni non risposero; altri promisero e non mantennero; pochi infine dichiararono di non aver mai praticato la gastro-enterostomia.

Noi esprimiamo ancora una volta i sentimenti della nostra riconoscenza a tutti gli egregi colleghi che risposero volenterosamente al nostro appello, e ci resero possibile, malgrado l'astensione di molti, di raggiungere cifre e risultati che tornano a decoro ed onore della chirurgia italiana.

Il secondo scopo propostoci è stato poi completamente raggiunto, perchè i risultati individuali ci furono comunicati direttamente dai vari chirurghi, e non con soli ed aridi numeri, ma corredati da notizie ed informazioni che riportiamo

integralmente nelle tabelle individuali. Le sole cifre riguardanti il prof. CODIVILLA ed il dott. TACCHI G. sono state tolte da pubblicazioni degli stessi AA., citate in calce alle rispettive tabelle statistiche.

Nel corso del nostro lavoro noi abbiamo citato, mano mano che ne capitava il destro, molti dei risultati che emergono dalla nostra statistica e li abbiamo discussi. Qui non faremo che riepilogare i risultati stessi con l'ordine seguente: a) mortalità generale operatoria; b) mortalità nel cancro in confronto alle lesioni benigne; c) mortalità nelle diverse lesioni non cancerose; d) cause di morte; e) mortalità nei diversi metodi operativi in rapporto alle indicazioni ed ai mezzi impiegati per ottenere l'anastomosi.

a) *Mortalità generale* (Tav. I).

Operati 1028, Guariti 819, Morti 209.

Mortalità generale 20,23 %.

b) *Mortalità nel cancro in confronto alle lesioni benigne* (Tav. I).

Cancro: casi 438, Guariti 291, Morti 147.

Mortalità 33,56 %.

Lesioni benigne: casi 590, Guariti 528, Morti 62.

Mortalità 10,50 %.

c) *Mortalità nelle diverse lesioni non cancerose* (Tav. II).

Stenosi pilorica cicatriziale: Casi 324, Guariti 298, Morti 26.

Mortalità 8 %.

Piloro-duodenite tubercolare: Casi 29, Guariti 24, Morti 5.

Mortalità 17,24 %.

Sten. pilorica da cause estrinseche: Casi 31, Guariti 26, Morti 5.

Mortalità 16,12 %.

Ulcera gastrica in atto: Casi 95, Guariti 82, Morti 13.

Mortalità 13,68 %.

Ulcera e stenosi del duodeno: Casi 27, Guariti 19, Morti 8.

Mortalità 29,48 %.

Stomaco a clepsidra: Casi 14, Guariti 13, Morti 1.

Mortalità 7,14 %.

Gastroptosi, gastroectasia, dispepsie gravi: Casi 70, Guariti 65,
Morti 5.

Mortalità 7,14 %.

d) *Cause di morte* (Tav. III).

Totale dei morti: 209.

Morti per *shoc*: 70 = 33,49 %.

- » » cachessia e inanizione: 21 = 10,04 %.
- » » emorragia per ulcera: 11 = 5,26 %.
- » » diarrea infrenabile: 6 = 2,82 %.
- » » circolo vizioso: 22 = 10,52 %.
- » » peritonite settica: 22 = 10,52 %.
- » » polmonite: 11 = 5,26 %.
- » » cause varie: 14 = 6,69 %.
- » » cause non precisate: 32 = 15,31 %.

e) *Mortalità nei diversi metodi operativi in rapporto alle indicazioni ed ai mezzi impiegati per ottenere l'anastomosi*:

1. — **Metodo Wölfler** (Tav. IV).

Operati 268, Guariti 195, Morti 73.

Mortalità: 27,24 %.

INDICAZIONI:

Cancro: 140, Guariti 84, Morti 55, Mortalità 40 %.

Les. benigne: 129, Guariti 112, Morti 17, Mortalità 13,17 %.

METODO D'ANASTOMOSI:

Sutura: 169, Guariti 126, Morti 43, Mortalità 25,44 %.

Bottone: 99, » 69, » 30, » 30,30 %.

2. — **Metodo Doyen** (Tav. V).

Operati 82, Guariti 69, Morti 13.

Mortalità: 15,85 %.

INDICAZIONI:

Cancro: 44, Guariti 33, Morti 11, Mortalità 25 %.

Les. Benigne: 38, Guariti 36, Morti 2, Mortalità 5,26 %.

METODO D'ANASTOMOSI.

Sutura: 80, Guariti 68, Morti 12, Mortalità 15 %.

3. — Metodo von Hacker (Tav. VI).

Operati 518, Guariti 426, Morti 92.

Mortalità: 17,72 %.

INDICAZIONI:

Cancro: 208, Guariti 142, Morti 66, Mortalità 31,73 %.

Les. benigne: 310, » 284, » 26, » 8,38 %.

METODO D'ANASTOMOSI:

Sutura: 261, Guariti 214, Morti 47, Mortalità 18 %.

Bottone: 257, » 212, » 45, » 17,50 %.

4. — Metodo Roux (Tav. VII).

Operati 140, Guariti 114, Morti 26.

Mortalità: 18,57 %.

INDICAZIONI:

Cancro: 36, Guariti 27, Morti 9, Mortalità 25 %.

Les. benigne: 104, » 87, » 17, » 16,34 %.

METODO D'ANASTOMOSI:

Sutura: 31, Guariti 27, Morti 4, Mortalità 12,90 %.

Bottone: 109, » 87, » 22, » 20,18 %.

TAVOLE RIASSUNTIVE
DELLA
STATISTICA ITALIANA
DELLA GASTRO-ENTEROSTOMIA

**Quadro statistico generale della gastro-enterostomia
in Italia.**

OPERATORE	CLINICA (C.) OSPEDALE (O.)	NUMERO DEI CASI			Percentuale di mortalità	INDICAZIONE			
		Operati	Guariti	Morti		CANCRO		LESIONI BENIGNE	
						g.	m.	g.	m.
Agostinelli	O. Foligno	6	5	1	16,66	1	1	4	—
Amour	O. Imola	17	15	2	11,76	8	2	7	—
Antonelli	O. Grosseto	1	1	—	0	1	—	—	—
Arcoleo	O. Palermo	1	1	—	0	1	—	—	—
Babacci	O. Forlì	9	4	5	55,55	4	5	—	—
Bastianelli R.	O. Roma	10	5	5	50	1	1	4	4
Bedeschi	O. Urbino	21	20	1	4,76	4	1	16	—
Bendandi	O. Bologna	14	12	2	14,28	8	2	4	—
Bigli	O. Perugia	5	4	1	20	2	1	2	—
Biondi	C. Siena	8	8	—	0	6	—	2	—
Boari	O. Pescia	17	14	3	17,64	8	2	6	1
Bonara	O. Reggio Emilia	2	2	—	0	1	—	1	—
Buflini M.	O. Treja	4	4	—	0	—	—	—	—
Carle	C. Torino	156	133	23	14,75	49	18	84	5
Casucci	O. Macerata	14	11	3	21,42	2	2	9	1
Catellani	O. Savona	11	3	8	72,72	2	5	1	3
Catterina	C. Camerino	12	4	8	66,66	—	7	4	—
Cavazzani G.	O. Venezia	14	13	1	7,14	4	1	9	—
Cavazzani T.	O. Sandrigo	1	1	—	0	—	—	1	—
Ceccherelli A.	C. Parma	47	40	7	15,21	13	7	27	—
Codivilla	O. Imola	31	23	8	22,22	9	6	14	2
Crespi A.	O. Orvieto	36	33	3	8,33	7	2	26	1
D'Antona	C. Napoli	12	10	2	16,66	2	1	8	1
De Paoli	C. Perugia	9	6	3	33,33	1	—	5	3
De Sanctis	O. Frosinone	7	6	1	14,28	5	—	1	1
Di Bella	O. Palermo	1	—	1	100	—	1	—	—
Donati	O. Cast. Fiorentino	20	13	7	35	9	7	4	—
Durante	C. Roma	13	7	6	46,15	2	2	5	4
D'Urso	C. Roma	1	1	—	0	—	—	1	—
Fantino	O. Bergamo	6	5	1	16,66	2	1	3	—
Farina	O. Roma	2	1	1	50	1	1	—	—
Ferrari A.	C. Parma	19	12	7	37,21	7	6	5	1
Fummi	O. Roma	2	2	—	0	2	—	—	—
Garbarini	O. Guastalla	3	2	1	33,33	2	1	—	—
Gardini	O. Bologna	4	4	—	0	3	—	1	—
Giannantoni	O. Vetralla	2	2	—	0	—	—	2	—
Giordano	O. Venezia	59	42	17	28,81	13	10	29	7
Guarneri	O. Lucca	19	16	3	15,76	4	3	12	—
Lampiasi	O. Trapani	4	4	—	0	4	—	—	—
Legnani	O. Fabriano	5	3	2	40	2	2	1	—
Manara	O. Sulmona	23	19	4	17,26	9	2	10	2
Manega	O. Osimo	10	9	1	10	3	1	6	—
Mariani	O. Massa Marittima	3	1	2	66,66	1	1	—	1
Margarucci	O. Roma	2	2	—	0	1	—	1	—
Mattoli A. (1)	O. Tolentino	16	16	—	0	1	—	15	—
Mazzoni	O. Roma	29	23	6	20,69	15	5	8	1
Minucci	O. Torrita	1	1	—	0	—	—	1	—
Mischi	O. Cesena	5	5	—	0	—	—	5	—
Monguidi	O. Parma	14	10	4	28,57	6	3	4	1
Moreschi	O. Recanati	9	8	1	11,11	2	—	6	—
Mugnai	O. Arezzo	7	6	1	14,28	2	1	4	—
Orecchia	O. Massa Carrara	6	4	2	33,33	2	2	2	—
Parlavacchio	O. Roma	4	3	1	25	2	1	1	—
Parona	O. Novara	24	21	3	12,50	12	3	9	—
Parrozzani	O. Roma	1	1	—	0	—	—	1	—
Pasca	O. Roma	8	7	1	12,50	2	1	5	—
Porta	O. Lonigo	14	11	3	21,42	1	2	10	1
Postempski	O. Roma	13	10	3	23,07	2	—	8	—
Raiffa	O. Vicenza	11	6	5	45,45	3	3	3	2
Remedi	C. Cagliari	9	9	—	0	5	—	4	—
Ricci	O. Sinigaglia	4	3	1	25	2	—	1	1
Rosi	O. Viterbo	6	6	—	0	2	—	4	—
Rossi U.	O. Spoleto	2	2	—	0	1	—	1	—
Rostirolla	O. Trento	6	5	1	16,66	1	1	4	—
Salvia	O. Napoli	3	2	1	33,33	—	—	2	—
Santovecchi	O. Umbertide	2	1	1	50	—	1	1	—
Schena	O. Villafranca Veronese	7	4	3	42,85	1	2	3	—
Schiassi	O. Budrio	18	11	5	31,25	1	4	10	1
Seganti	O. Fermo	7	3	4	57,14	—	4	3	—
Sofge	O. Napoli	1	1	—	0	—	—	1	—
Tacchi	O. Gualdo Tadino	6	6	—	0	—	—	6	—
Tosi	O. Asti	1	1	—	0	1	—	—	—
Tricomi	C. Messina	76	68	8	10,53	7	2	61	6
Turazza	O. Verona	3	1	2	66,66	—	—	1	—
Turretta	O. Trapani	6	4	2	33,33	2	1	2	—
Velo	O. Venezia	13	9	4	30,77	6	3	3	—
Vincini	O. Rimini	21	15	6	28,57	5	5	10	1
Zatti	O. Todi	14	13	1	7,14	3	1	10	—
TOTALE		1028	819	209		291	147	528	62
Media di mortalità generale		20,33 p. 100			33,56 p. 100 10,50 p. 100				

(1) Debbono aggiungersi 4 nuovi casi, seguiti tutti da guarigione.

Statistica italiana della gastro-enterostomia

Risultati nelle lesioni benigne.

OPERATORE	Sten. pil. ciat.		Piloro- duodenite tuberculare		Stenosi pilorica da cause estrinseche		Ulcera gastrica in atto		Ulcera e stenosi del duodeno		Stomaco a elepsidra		Gastroptosi, Gastro- ectasia, disp. gravi	
	g.	m.	g.	m.	g.	m.	g.	m.	g.	m.	g.	m.	g.	m.
Agostinelli	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Amour	2	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	2	—
Bastianelli	2	1	—	—	—	1	2	2	—	—	—	—	—	—
Bedeschi	4	—	1	—	7	—	—	—	1	—	—	—	3	—
Bendandi	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
Bigi	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Biondi	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Boari	3	1	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Bonara	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bufalini M.	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Carle	51	2	1	—	12	1	7	1	4	—	2	1	7	—
Casucci	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	1
Catellani	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—
Catterina	1	—	2	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—
Cavazzani T.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cavazzani G.	4	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—
Ceccherelli	15	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	5	—
Codivilla	5	1	1	—	—	—	1	—	5	1	—	—	2	—
Crespi	17	—	2	—	1	—	2	—	1	—	—	—	3	—
D'Antona	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
De-Paoli	5	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
De-Santis	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Donati	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Durante	5	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
D'Urso	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fantino	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ferrari	4	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Gardini	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Giannantoni	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Giordano	13	4	2	1	—	—	10	1	—	—	—	—	1	4
Guarneri	11	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Lognani	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Manara	7	1	2	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Manega	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—
Margarucci	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mariani	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Mattoli	7	—	2	—	—	—	—	—	1	—	2	—	3	—
Mazzoni	8	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Minucci	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mischi	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Monguidi	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—
Moreschi	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mugnai	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Orecchia	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Parlavacchio	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Parona	8	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Parrozzani	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pasca	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Porta	8	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—
Postempski	8	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Raffa	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Remedi	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ricci	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Rosi	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Rossi	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rostirolla	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Salvia	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santovecchi	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Selena	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schiassi	8	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Seganti	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Sorge	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tacchi	3	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—
Tricomi	15	1	—	—	—	—	31	3	3	2	4	—	8	—
Turazza	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Turretta	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Velo	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Vincini	4	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	3	1
Zatti	1	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—
TOTALE	298	26	24	5	26	5	82	13	19	8	13	1	65	5
Percentuale di mortalità	8 p. 100		17,24 p. 100		16,12 p. 100		13,68 p. 100		29,48 p. 100		7,14 p. 100		7,14 p. 100	

Statistica italiana della gastro - enterostomia

Cause di morte.

OPERATORE	Numero dei morti per		Shoc	Cachessia Inanizione	Emorragia per ulcera	Diarrea infrenabile	Circolo vizioso	Peritonite settica	Polmonite	V A R I E	Non precisato
	cancro	lesioni benigne									
Agostinelli	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Amour	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Babacci	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bastianelli	1	4	2	—	1	—	—	1	—	1 parotite gangren.	—
Bedeschi	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Bendandi	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Bigli	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Boari	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Carle	18	5	—	9	5	—	1	4	2	—	—
Casucci	2	1	2	—	—	—	1	—	—	—	—
Catellani	5	3	4	1	1	—	—	b.2	—	—	—
Catterina	7	1	8	—	—	—	—	—	—	—	—
Cavazzani G.	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Ceccherelli	7	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—
Codivilla	6	2	—	1	—	—	2	2	1	2 occlusione intest. anastom. pross. a.l.c.	—
Crespi	2	1	2	—	—	—	1	—	—	—	—
D'Antona	1	1	1	—	—	—	—	b.1	—	1 tubercolosi	—
De-Paoli	—	3	—	—	1	1	—	—	—	—	—
De Sanctis	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Di Pella	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Donati	7	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—
Durante	2	4	—	—	2	—	—	—	2	1 restring. tuberc. multipli dell'ileo.	—
Fantino	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Farina	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Ferrari	6	1	1	—	—	—	—	b.1	—	3 cloroformio	—
Garbarini	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Giordano	10	7	5	—	1	3	—	b.2	2	4 nefrite - insufficienza epato-renale	—
Guarneri	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Legnani	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Manara	2	2	2	—	—	—	2	—	—	—	—
Manega	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Mariani	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Mazzoni	5	1	1	—	—	—	2	1	—	—	2
Monguldi	3	1	2	—	—	—	1	—	1	—	—
Moreschi	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Mugnai	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Orecchia	2	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—
Parlavecchio	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Parona	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Pasca	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Porta	2	1	2	—	—	—	—	1	—	—	—
Postempski	—	3	—	—	—	—	—	—	3	—	—
Raffa	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Ricci	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Rostirolla	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1 perforazione dello stomaco	—
Salvia	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Santovecchi	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Schena	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Schiassi	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Seganti	4	—	—	—	—	—	1	b.2	—	1 ascesso retrogast.	—
Tricomi	2	6	—	—	—	—	—	b.2	—	—	6
Turazza	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Turretta	1	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Velo	3	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—
Vincini	5	1	3	1	—	—	1	b.1	—	—	—
Zatti	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
TOTALE	147	62	70	21	11	6	22	22	11	14	32
Media percentuale	>	>	33.49	10.04	5.26	2.82	10.52	10.52	5.26	6.69 —	15.31 —

Statistica italiana della gastro-enterostomia.
METODO WÖFLER.

OPERATORE	NUMERO			INDICAZIONE				TECNICA			
	Operati	Guariti	Morti	CANCRO		LESIONI BENIGNE		SUTURA		BOTTONE	
				g.	m.	g.	m.	g.	m.	g.	m.
Agostinelli	6	5	1	1	1	4	—	3	1	2	—
Amour	4	2	2	2	2	—	—	2	2	—	—
Antonelli	1	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Babacci	9	4	5	4	5	—	—	3	2	1	3
Bastian lli	3	2	1	1	1	2	—	2	1	—	—
Bedeschi	1	2	—	—	1	1	—	—	—	1	—
Bendandi	6	4	2	3	2	1	—	4	2	—	—
Bigi	2	1	1	0	1	1	—	1	1	—	—
Boari	2	1	1	1	1	—	—	1	1	—	—
Bufalini	3	3	—	—	—	3	—	—	—	3	—
Carle	34	22	12	14	10	8	2	6	4	16	8
Casucci	1	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Catteri a	9	3	6	—	5	3	1	—	—	3	6
Cavazzani G.	1	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—
Ceccherelli	2	1	1	1	1	—	—	1	1	—	—
Codivilla	10	7	3	3	2	4	1	37	3	—	—
Crespi	36	33	3	7	2	26	1	3	3	—	—
De Paoli	2	2	—	1	—	1	—	2	—	—	—
Durante	6	2	4	1	1	1	3	2	4	—	—
Ferrari	7	5	2	5	2	—	—	—	—	5	2
Gardini	1	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Giordano	3	2	1	—	—	2	1	2	1	—	—
Lampiasi	2	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—
Legnani	1	0	1	—	1	—	—	—	—	—	1
Manara	19	16	3	6	1	10	2	3	2	13	1
Manega	2	2	—	—	—	2	—	—	—	2	—
Margarucci	1	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Mattoli	5	5	—	—	—	5	—	5	—	—	—
Mazzoni	2	—	2	—	1	—	1	—	2	—	—
Mischi	1	—	1	—	1	—	—	1	—	—	1
Monguidi	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Mugnai	7	6	1	2	1	4	—	6	1	—	—
Orecchia	3	1	2	1	2	—	—	1	2	—	—
Parona	24	21	3	12	3	9	—	8	—	13	3
Raffa	9	5	4	2	2	3	2	5	4	—	—
Remedi	4	4	—	3	—	1	—	4	—	—	—
Rossi	1	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Seganti	3	1	2	—	2	—	—	1	1	—	1
Tricomi	20	19	1	4	—	15	1	13	1	6	—
Turazza	3	1	2	—	—	1	—	1	—	—	2
Turretta	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1
Velo	7	5	—	4	1	1	—	1	2	4	—
Vincini	3	1	2	1	2	—	—	1	1	—	1
TOTALE	268	195	73	84	55	112	17	126	43	69	30
Mortalità		27,24 0/0		40 0/0		13,17 0/0		25,44 0/0		30,30 0/0	

Statistica italiana della gastro-enterostomia
METODO DOYEN.

OPERATORE	NUMERO			INDICAZIONE				TECNICA			
	Operati	Guariti	Morti	CANCRO		LESIONI BENIGNE		SUTURA		BOTTONI	
				g.	m.	g.	m.	g.	m.	g.	m.
Bu falini	1	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Cavazzani G.	13	13	—	4	—	9	—	13	—	—	—
Ceccherelli	16	13	3	7	3	6	—	13	3	—	—
Codivilla	2	1	1	1	1	—	—	1	1	—	—
De-Sanctis	5	5	—	5	—	—	—	4	—	1	—
Farina	2	1	1	1	1	—	—	1	1	—	—
Fummi	1	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Guarneri	13	10	3	2	3	8	—	10	3	—	—
Lamplasi	2	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—
Mazzoni	7	5	2	5	2	—	—	5	2	—	—
Pasca	8	7	1	2	1	5	—	7	1	—	—
Postempski	6	6	—	2	—	4	—	6	—	—	—
Salvia	3	2	1	—	—	2	1	2	1	—	—
Sorge	1	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Turretta	2	1	1	1	—	—	1	1	—	—	1
Totale	82	69	13	33	11	36	2	68	12	1	1
Mortalità	15,86 0/0			25 0/0		5,26 0/0		15 0/0		—	

Statistica Italiana della gastro-enterostomia
METODO HACKER.

OPERATORE	NUMERO			INDICAZIONE				TECNICA			
	Operati	Guariti	Morti	CANCRO		LESIONI BENIGNE		SUTURA		BOTTONE	
				g.	m.	g.	m.	g.	m.	g.	m.
Amour	12	12	—	6	—	6	—	12	—	—	—
Bastianelli	3	2	—	1	—	1	1	1	1	1	—
Bedeschi	20	19	1	4	1	15	—	—	—	19	1
Bendandi	8	8	—	5	—	3	—	8	—	—	—
Bigi	3	3	—	2	—	1	—	3	—	—	—
Biondi	8	8	—	6	—	2	—	8	—	—	—
Boari	12	10	2	5	1	5	1	—	—	10	2
Bonara	2	2	—	1	—	1	—	—	—	2	—
Carle	114	103	11	30	8	73	3	2	—	101	11
Casucci	13	10	3	1	2	9	1	10	3	—	—
Catellani	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Catterina	3	1	2	—	2	1	—	—	—	1	2
Ceccherelli	23	21	2	3	2	18	—	21	2	—	—
Codivilla	7	5	2	1	1	4	1	5	2	—	—
D'Antona	10	9	1	2	1	7	—	1	—	8	1
De-Paoli	7	4	3	—	—	4	3	—	—	4	3
De-Sanctis	2	1	1	—	—	1	1	1	1	—	—
Donati	20	13	7	9	7	4	4	5	3	8	4
Durante	7	5	2	1	1	4	1	5	2	—	—
D'Urso	1	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Fantino	6	5	1	2	1	3	—	3	—	2	—
Ferrari	11	6	5	2	4	4	1	—	—	6	5
Garbarini	3	2	1	2	1	—	—	—	—	2	1
Gardini	3	3	—	2	—	1	—	—	—	3	—
Giannantoni	2	2	—	—	—	2	—	—	—	2	—
Giordano	35	30	16	12	10	27	6	38	13	21	3
Guarneri	6	6	—	2	—	4	—	—	—	6	—
Legnani	4	3	1	2	1	1	—	—	—	3	1
Manara	4	3	1	3	1	—	—	2	1	—	—
Manega	6	5	1	3	1	2	—	—	—	5	1
Mariani	3	1	2	1	1	—	1	—	—	1	2
Mattoli	10	10	—	1	—	9	—	7	—	3	—
Mazzoni	4	4	—	4	—	—	—	3	—	1	—
Minucci	1	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Mischi	4	4	—	—	—	4	—	—	—	4	—
Monguidi	9	7	2	4	2	3	—	7	2	—	—
Moreschi	9	8	1	2	—	6	1	8	1	—	—
Orecchia	3	3	—	1	—	2	—	1	—	2	—
Parlavecchio	2	2	—	2	—	—	—	2	—	—	—
Porta	14	11	3	1	2	10	1	11	3	—	—
Raffa	2	1	1	1	1	—	—	1	1	—	—
Remedi	5	5	—	2	—	3	—	4	—	1	—
Rosi	6	6	—	2	—	4	—	—	—	6	—
Rossi	1	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Rostirolla	6	5	1	1	1	4	—	5	1	—	—
Santovecchi	1	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Schena	7	4	3	1	2	3	1	2	1	2	2
Schiassi	9	5	4	1	4	4	—	5	4	—	—
Seganti	4	2	2	—	2	2	—	2	1	—	1
Tacchi	3	3	—	—	—	3	—	—	—	3	—
Tosi	1	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—
Tricomi	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1
Velo	6	4	2	2	1	2	1	4	2	—	—
Vincini	18	14	4	4	3	10	1	11	2	3	2
Zatti	14	13	1	3	1	10	—	13	1	—	—
TOTALE	518	426	92	142	66	284	26	214	47	212	45
Mortalità	17,72 p. 100			31,73 p. 100		8,38 p. 100		18 p. 100		17,50 p. 100	

Statistica italiana della gastro-enterostomia.
METODO ROUX.

OPERATORE	NUMERO			INDICAZIONE				TECNICA			
	Operati	Guariti	Morti	CANCRO		LESIONI BENIGNE		SUTURA		BOTTONI	
				g.	m.	g.	m.	g.	m.	g.	m.
Amour	1	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Arcoleo	1	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—
Bastianelli	4	1	3	—	—	1	3	—	—	1	3
Boari	3	3	—	2	—	1	—	—	—	3	—
Carle	6	6	—	1	—	5	—	3	—	3	—
Catellani	10	3	7	2	4	1	3	—	—	3	7
Ceccherelli	6	5	1	2	1	3	—	5	1	—	—
Codivilla	12	10	2	4	2	6	—	10	2	—	—
D'Antona	2	1	1	—	—	1	1	—	—	1	1
Di Bella	1	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—
Ferrari	1	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—
Fummi	1	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—
Manega	2	2	—	—	—	2	—	—	—	2	—
Margarucci	1	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Mazzoni	6	6	—	4	—	2	—	—	—	6	—
Minucci	1	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—
Monguidi	3	2	1	2	—	—	1	—	—	2	1
Parrozzani	1	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—
Postempsk.	7	4	3	—	—	4	3	—	—	4	3
Ricci	4	3	1	2	—	1	1	1	—	2	1
Schiassi	7	6	1	—	—	6	1	6	1	—	—
Tacchi	3	3	—	—	—	3	—	—	—	3	—
Tricomi	55	49	6	3	2	46	4	—	—	49	6
Turretta	2	2	—	1	—	1	—	—	—	2	—
TOTALE	140	114	26	27	9	87	17	27	4	87	22
Mortalità	18,57 p. 100			25 p. 100		16,34 p. 100		12,90 p. 100		20,18 p. 100	

TABELLE STATISTICHE

INDIVIDUALI





Dott. Agostinelli R. — *Ospedale Civile di Foligno.*

Casi 6, Guariti 5, Morti 1, Mortalità 16,66 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 2, Guariti 1, Morti 1.

Les. benigne: 4, Guariti 4.

Sten. pilor. cicatr.: 3.

Piloro-duodenite tubercolare: 1.

Cause di morte: nell'unico caso la morte avvenne per flessione dell'ansa anastomizzata (sprone?) e vomito incoercibile, in 8ª giornata dall'atto operativo.

Metodo operativo:

M. WÖLFLE: Casi 6, Guariti 5, Morti 1.

Esegui la prima gastro-enterostomia nel 1890, in Castelfidardo (Ancona), ottenendo la guarigione operatoria.

Pratica sistematicamente la gastrolusi e la narcosi cloroformica.

Preferisce il metodo antecolico di WÖLFLE con sutura: in circostanze speciali adotta il bottone MURPHY di cui in 2 casi non ebbe a lamentarsi.

Esiti remoti: in un caso di stenosi pilorica cicatriziale, 6 mesi dopo la gastro-enterostomia, si ebbero fenomeni di peritonite localizzata alla regione gastrica: riaperto l'addome, si estrasse uno dei fili di seta della sutura gastro-intestinale; ne seguì una fistola gastrica che si chiuse spontaneamente in 20 giorni.

Dott. Amour. — *Clinica Chirurgica di Bologna ed Ospedale Civile di Imola.*

Casi 17, Guariti 15, Morti 2, Mortalità 11,76 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 10, Guariti 8, Morti 2.

Les. benigne: 7, Guariti 7.

Sten. pilor. cicatr.: 2.

Ulcera gastrica in atto: 2.

Ulcera e sten. del duodeno: 1.

Gastroptosi, gastroectasia: 2.

Cause di morte: in due cancerosi lo *shoc*.

Metodo operativo:

M. WÖLFLE: 4, Guariti 2, Morti 2.

M. HACKER: 12, Guariti 12.

M. ROUX: 1, Guarito 1.

Si praticò sempre la gastrolusi con acqua tiepida. Narcosi morfio cloroformica.

Preferisce la gastro-enterostomia posteriore alla VON HACKER, e sempre la sutura a triplice strato. Ebbe ad osservare regurgito di bile in un solo caso operato alla VON HACKER: l'inconveniente fu eliminato con la sezione del piloro ed una entero-enteroanastomosi fra l'ansa afferente e l'efferente.

Esiti remoti: la sopravvivenza negli operati per cancro fu di pochi mesi: il successo si mantiene completo negli operati per lesioni benigne.

Dott. Antonelli I. — Ospedale Civile della Misericordia di Grosseto.

Casi 1, Guarito 1.

Cancro del piloro. Gastro-enterostomia antecolica alla WÖLFLE con sutura. Guarigione, esito funzionale buono.

Prof. Arcoleo E. — Ospedale Civile di Palermo.

Caso 1, Guarito 1.

Cancro pilorico. Gastro-enterostomia alla Roux con due bottoni di MURPHY. Guarigione operatoria, sopravvivenza di 6 mesi.

Dott. Babacci A. — Ospedale Civile di Forlì.

Casi 9, Guariti 4, Morti 5, Mortalità 55,55 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 9, Guariti 4, Morti 5.

Cause di morte: P — I decessi si verificarono tra il 6° ed il 38° giorno dall'operazione.

Metodo operativo :

M. WÖLFLEK : 9, Guariti 4, Morti 5.

Gastrolusi. Narcosi cloroformica.

Preferisce il metodo WÖLFLEK e la sutura: ha impiegato in qualche caso il bottone di MURPHY, ma sempre rafforzato da un piano di sutura. Non si verificarono mai disturbi da circolo vizioso.

Esiti remoti: la media di sopravvivenza negli operati di cancro fu di circa un anno.

Prof. Bastianelli R. — Ospedali di Roma.

Casi 10, Guariti 5, Morti 5, Mortalità 50 %.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro: 2, Guarito 1, Morto 1.

Les. benigne: 8, Guariti 4, Morti 4.

Sten. pilor. cicatr. : 2, Guariti 2.

Sten pilor. da cause estrinseche : 1, Morto 1.

Ulcera gastrica in atto : 4, Guariti 2, Morti 2.

Stenosi del neopiloro : 1, Morto 1.

Cause di morte: in un operato alla WÖLFLEK, per cancro, la peritonite. In un caso, operato alla Roux, lo *shoc* (la malata era in fin di vita quando venne sottoposta all'intervento) nelle prime 12 ore: si trattava di aderenze e spostamento del piloro per colecistite calcolosa, la stenosi era quasi completa, il vomito continuo. Su 4 interventi per ulcera gastrica ebbe 2 morti: in un caso per collasso nelle prime 6 ore (condizioni generali gravissime per ripetute ematemesi) in un altro per emorragia dall'ulcera, in 3° giornata. Finalmente, nel 5° caso, si trattava di un individuo già operato di gastro-enterostomia alla Roux, con due bottoni, da altro chirurgo, per stenosi pilorica cicatriziale: si aveva notevolissima stenosi del neopiloro, che costrinse ad un 2° intervento: la morte avvenne per parotite gangrenosa bilaterale.

Metodo operativo :

M. WÖLFLEK : Casi 3, Guariti 2, Morto 1.

M. HACKER : Casi 3, Guariti 2, Morto 1.

M. ROUX : Casi 4, Guariti 1, Morti 3.

La gastrolusi non fu praticata in 3 casi: nel primo perchè erano

pregresse ripetute ematemesi, negli altri due per grave stato degli operandi.

Fra i metodi operativi il prof. BASTIANELLI preferisce quello di VON HACKER, tipico, con la sutura. Nei casi in cui adoperò il bottone di MURPHY l'atto operativo decorse rapido e senza incidenti; nè più tardi ebbe a lamentare danni od inconvenienti attribuibili al bottone.

Non osservò mai disturbi di circolo vizioso.

Letteratura :

BASTIANELLI R. — Un metodo semplice di gastro-enterostomia senza apertura della mucosa. *La Riforma Medica*, Napoli, 1894, Vol. III, p. 506.

Dott. Bedeschi G. — Ospedale Civile d'Urbino.

Casi 21, Guariti 20, Morti 1, Mortalità 4,76 %.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro : 5, Guariti 4, Morto 1.

Les. benigne : 16, Guariti 16.

Sten. pil. cicatr. : 4.

Piloro-duodenite tubercolare : 1.

Stenosi pilor. da cause entrinseche : 7.

Ulcera e stenosi del duodeno : 1.

Gastroptosi, gastroectasia, dispep. gravi : 3.

Cause di morte : nell' unico caso lo *shoc*.

Metodo operativo :

M. WÖFLER : Caso 1, Guarito 1.

M. HACKER : Casi 20, Guariti 19, Morti 1.

La gastrolusi non si praticò che raramente : si usò sempre il cloroformio (previa iniezione morfico-atropinica) sostituito poi dall'etere nei malati più deboli.

Preferisce il metodo VON HACKER ed il bottone di MURPHY, che impiegò in tutti i suoi casi senza alcun inconveniente. Mai circolo vizioso.

Esiti remoti : l'operato per piloro-duodenite tubercolare morì dopo 9 mesi, per occlusione intestinale cronica della stessa natura. In tutti gli altri operati la funzionalità gastro-intestinale è perfetta. La sopravvivenza negli operati per cancro fu di circa 10 mesi.

Letteratura :

Dott. BÈDESCHI G. — Nota clinica sopra 4 casi di gastro-enterostomia. *Raccoglitore Medico*, Serie VI, Vol. IV, a. 1899, n. 18.

Prof. Bendandi G. — Ospedale Maggiore di Bologna.

Casi 14, Guariti 12, Morti 2, Mortalità 14,28 %.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro : 10, Guariti 8, Morti 2.

Les. Benigne : 4, Guariti 4.

Sten. pil. cicat. : 2.

Ulcera gastr. in atto : 1.

Gastroectasia, dispepsia ecc. : 1.

Cause di morte : in 2 operati per cancro la morte avvenne in 3^a e 4^a giornata per collasso.

Metodo operativo :

M. WÖLFLE : 6, Guariti 4, Morti 2.

M. HACKER : 8, Guariti 8.

Gastrolusi. Narcosi morfo-cloroformica.

Preferisce il metodo HACKER : però, in casi di eteroplasia inoperabile, pratica l'HACKER o il WÖLFLE a seconda della estensione del processo. In caso di stenosi pilorica benigna o di possibile resezione pilorica, preferisce il metodo Roux. Adotta la sutura, riservando il bottone ai casi in cui i malati sono poco resistenti. Ebbe a notare in 2 casi disturbi transitori da regurgito.

Esiti remoti : la media di sopravvivenza negli operati per cancro supera un anno ; alcuni, operati da 2 anni, vivono ancora. Tutti gli operati per lesioni benigne stanno perfettamente bene anche dopo molti anni.

Dott. Bigi G. — Ospedale Civile di Perugia.

Casi 5, Guariti 4, Morto 1, Mortalità 20 %.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro : 3, Guariti 2, Morto 1.

Les. benigne : (sten. pil. cicat) Casi 2, Guariti 2.

Cause di morte : un operato per cancro alla WÖLFLE morì 39 giorni dopo l'atto operativo per circolo vizioso : all'autopsia si constatò la esistenza di uno *sprone* dovuto a ripiegamento dall'ansa anastomizzata.

Metodo operativo :

M. WÖLFLE : 2, Guariti 1, Morto 1.

M. HACKER : 3, Guariti 3.

Gastrolusi. Narcosi cloroformica in 4 casi.

Preferisce il metodo VON HACKER, sebbene presenti maggiori difficoltà di quello WÖLFLER: preferisce una sutura ben fatta a qualsiasi bottone.

Esiti remoti: la media di sopravvivenza negli operati per cancro fu di mesi quattro circa. I due operati per stenosi pilorica cicatriziale godono tuttora ottima salute.

Prof. Biondi D. — Clinica Chirurgica di Siena.

Casi 8, Guariti 8, Mortalità 0 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 6, Guariti 6.

Les. Benigne: 2, Guariti 2.

Sten. pilorica cicatriziale: 2.

Metodo operativo:

M. HACKER: Casi 8, Guariti 8.

Si fece sempre precedere la *gastrolusi* all'intervento: nella maggior parte dei casi si praticò la cloronarcosi, previa iniezione morfio-atropinica: in qualche caso di cancro adottò l'anestesia locale alla SCHLEICH.

Preferisce il metodo VON HACKER, con tre piani di sutura a spraggitto con seta n. 00: non ha mai adoperato il bottone MURPHY.

Negli operati non ebbe mai a verificare disturbi dovuti a regurgito o circolo vizioso, e ciò lo attribuisce alla pratica di creare un neopiloro assai largo.

Esiti remoti: nei 2 operati per stenosi benigna il successo dura completo da anni: gli operati per cancro sopravvissero dai 2 ai 7 mesi.

Prof. Boari A. — Ospedali di Massa Marittima e di Pescia.

Casi 17, Guariti 14, Morti 3, Mortalità 17,64 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 10, Guariti 8, Morti 2.

Les. benigne: 7, Guariti 6, Morti 1.

Sten. pilor. cicatr.: 4, Guariti 3, Morti 1.

Sten. pilor. da cause estrinseche: 2, Guariti 2.

Ulcera gastrica in atto: 1, Guarito 1.

Cause di morte: ? —

Metodo operativo :

- M. WÖLFLE: Casi 2, Guarito 1, Morto 1.
 M. HACKER: Casi 12, Guariti 10, Morti 2.
 M. ROUX: Casi 3, Guariti 3.

Nei primi casi fece la gastrolusi con l'idea di svuotare completamente il viscere; ma si convinse che lo scopo non si raggiunge. Ora ha abbandonato la pratica sistematica della gastrolusi prima dell'atto operativo, e piuttosto vi ricorre dopo l'intervento nel secondo ed anche nel primo giorno. Usò sempre l'anestesia generale morfo-cloroformica. In un solo caso, operato alla Roux, si servì dell'anestesia eterea.

Per il BOARI il metodo preferibile è quello del ROUX; però non potendo sempre ad esso ricorrere, *per le ragioni ben note*, impiega, di preferenza, il VON HACKER.

Come mezzo di anastomosi ha impiegato sempre, tranne in due casi, il bottone: qualche volta quello di MURPHY, qualche altra quello proprio, riassorbibile, di cui si trova soddisfatto. Non ebbe mai ad osservare inconvenienti imputabili al bottone: questo venne espulso sempre, tranne in due casi. Nel metodo Roux impiegò due bottoni.

In un caso associò la gastro-enterostomia alla colecisto-enterostomia, in un altro alla colecistostomia: trattavasi di stenosi piloriche estrinseche d'origine biliare.

Esiti remoti: La media di sopravvivenza negli operati per cancro fu di mesi otto.

Letteratura :

Dott. BOARI A. — Modificazioni al metodo anastomotico di MURPHY. Nota critico-sperimentale. *La Clinica chirurgica*, a. 1897, n. 4.

Dott. BOARI A. — Tabloide anastomotico, processo di gastro-enterostomia. *Atti dell' Accad. di Scienze Med. e Naturali di Ferrara*, 1897.

Dott. BOARI A. — Ulcera gastrica recidiva. Gastro-enterostomia retrocolica. Aggiunta complementare al bottone MURPHY. *Accad. di Scien. Med. e Nat. di Ferrara*, luglio, 1899.

Prof. BOARI A. — Contributo alla diagnosi ed alla cura delle stenosi pilorico-duodenali d'origine biliare, *Arch. ed Atti della Soc. Ital. di Chir.*, XIV Ad., Roma, 1900.

Dott. Bonara C. — *Ospedale Civile di Reggio Emilia.*

Casi 2, Guariti 2.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro: 1, Guarito 1.

Les. benigne: 1, Guarito 1.
Sten. pilor. cicatriziale: 1.

Metodo operativo:

M. VON HACKER: Casi 2, Guariti 2.

Non usò la gastrolusi, operò nella narcosi cloroformica.

Preferisce il metodo HACKER e il bottone di MURPHY che, nei suoi 2 casi, venne emesso in 10^a giornata. Non osservò disturbi da circolo vizioso.

Dott. Bufalini M. — Ospedale di Treja.

Casi 4, Guariti 4, Mortalità 0%.

Indicazioni ed esiti immediati:

Les. benigne: 4, Guariti 4.
Sten. pilor. cicatr.: 3.
Ulcera gastr. in atto: 1.

Metodo operativo:

M. WÖLFLE: 3.
 M. DOYEN: 1.

Gastrolusi. — Cloronarcosi.

Preferisce il metodo WÖLFLE col bottone di MURPHY. Negli operati ebbe ad osservare disturbi da circolo vizioso.

Esiti remoti: favorevoli.

Prof. Carle A. — Clinica Chirurgica della Università di Torino.

Casi 156, Guariti 133, Morti 23, Mortalità 14,75%.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 67, Guariti 49, Morti 18, Mortalità 26,86%.

Cancro pilorico: 63, Guariti 45, Morti 18.

Cancro del duodeno: 2, Guariti 2.

Cancro del digiuno: 2, Guariti 2.

Les. benigne: 89, Guariti 84, Morti 5, Mortalità 5,62%.

Sten. pilor. cicatr.: 53, Guariti 51, Morti 2.

Piloro-duodenite tubercolare: 1, Guarito 1.

Sten. pilor. da cause estrinseche: 13, Guariti 12, Morti 1.

Ulcera gastrica in atto: 8, Guariti 7, Morti 1.

Ulcera e sten. del duodeno: 4, Guariti 4.

Stomaco a clepsidra: 3, Guariti 2, Morti 1.

Gastroptosi, gastroectasia, dispep.: 7, Guariti 7.

Cause di morte: in 18 operati per *cancro* la morte fu dovuta 3 volte a sepsi, 4 volte ad emorragia dal tumore, 9 volte ad inani-zione, 2 volte a polmonite.

In un caso operato per *stenosi pilorica da cause estrinseche* si ebbe rottura della cistifellea ripiena di pus, quindi peritonite e morte.

Uno degli operati per *ulcera gastrica in corso di evoluzione* morì per emorragia dall'ulcera, 4 giorni dopo l'atto operativo.

In un caso di *stomaco a clepsidra*, in cui le saccoccie erano si-tuate una sopra l'altra, la morte avvenne al 45° giorno per la im-possibilità della saccoccia inferiore a contrarsi.

Metodo operativo :

M. WÖFLER: 34, Guariti 22, Morti 12.

M HACKER: 114, Guariti 103, Morti 11.

M. ROUX: 6, Guariti 6.

Gastroduodenostomia: 2, Guariti 2.

Si praticò sempre la gastrolusi, ad eccezione dei casi di ulcera gastrica in corso di evoluzione con ematemesi.

Si adottò la narcosi morfo-cloroformica.

Il prof. CARLE preferisce il metodo VON HACKER ed il bottone di MURPHY, da parte del quale non ebbe mai a lamentare inconvenienti, neppure quando il bottone stesso cadde nel ventricolo. Il metodo VON HACKER diede risultati immediati e remoti ottimi in tutti i casi, tranne in uno in cui, per aver lasciato troppo lunga l'ansa afferente, si dovette più tardi praticare l'operazione di ROUX. In 112 casi su 114 operati alla VON HACKER, si applicò il bottone di MURPHY: in 2 la sutura.

In 5 dei 6 casi operati alla ROUX, l'anastomosi terminale si fece col bottone e la termino-laterale con la sutura. Nel 6° caso, essen-dosi adottata la sutura anche per l'anastomosi terminale, si dovette rioperare più tardi, per il difficile svuotamento del ventricolo, cau-sato da prolasso della mucosa gastrica nella bocca efferente: si ri-mediò all'inconveniente addossando l'ansa al ventricolo ed ampliando il neopiloro.

Su 34 operati alla WÖFLER, in 10 casi si adottò la sutura ed in 24 il bottone.

Gravi disturbi per *circolo vizioso* furono osservati soltanto nei primi casi operati alla WÖFLER.

Esiti remoti: la media di sopravvivenza, negli operati per cancro, fu di circa un anno.

L'operato per *piloro-duodenite tubercolare* morì, dopo qualche tempo, per tubercolosi miliare acuta.

Due operati per *stenosi del duodeno da tumore* morirono dopo sei mesi.

Nei due casi di *tumore inoperabile del digiuno* la morte avvenne rispettivamente dopo 6 mesi e dopo un anno.

In tutti gli altri operati il successo funzionale fu perfetto e duraturo.

Letteratura :

Prof. A. CARLE e dott. G. FANTINO. — Contributo alla Patologia e Chirurgia dello Stomaco. Il *Policlinico*, a. V. 1898, pag. 105.

CARLE e FANTINO. — Les stenoses pyloriques dans leurs rapports avec l'ypercloridrie. *Semaine médicale*, 1897, pag. 270.

Dott. Casucci F. — Ospedale Civile di Macerata.

Casi 14, Guariti 11, Morti 3, Mortalità 21,42 %.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro: 4, Guariti 2, Morti 2.

Les. benigne: 10, Guariti 9, Morti 1.

Sten. pil. cicatr.: 4, Guariti 4.

Stomaco a clepsidra: 1, Guariti 1.

Gastroectasia, dispepsie gravi ecc.: 5, Guariti 4, Morti 1.

Cause di morte: dei due affetti da cancro, uno morì dopo 2 giorni per *shoc*, l'altro dopo 5 giorni con fenomeni gravi di circolo vizioso. Il 3° caso di morte si ebbe in un individuo che, l'anno innanzi, era stato operato di gastroplicatio per gastroectasia gravissima primitiva: migliorò ma, tornati i disturbi, fu sottoposto alla gastroenterostomia: si trovò la gastroectasia riprodotta; ma, per rimuovere estese aderenze dovute al primo intervento, l'atto operativo riuscì lungo e grave e l'infermo morì per *shoc*.

Metodo operativo :

M. WÖFLER: 1, Guarito 1.

M. HACKER: 13, Guariti 10, Morti 3.

Si praticò sempre la gastrolusi e la narcosi cloroformica.

Preferisce il metodo di HACKER e la sutura, che adottò costantemente. Ebbe a notare in qualche caso rigurgito di bile.

Esiti remoti: in 2 operati per cancro la media di sopravvivenza fu di 7 mesi. L'operato per stomaco a clepsidra, forestiero, lasciò l'ospedale guarito; mancano ulteriori notizie. Tutti gli altri operati godono perfetta salute.

Dott. Catellani S. — Ospedale Civile di Savona.

Casi 11, Guariti 3, Morti 8, Mortalità 72,72 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 7, Guariti 2, Morti 5.

Les. benigne: 4, Guariti 1, Morti 3.

Sten. pilor. cicatr.: 1, Morto 1.

Ulcera gastrica in atto: 2, Morti 2.

Stomaco a clepsidra: 1, Guarito 1.

Cause di morte: i 5 cancerosi morti erano tutti vecchi, ridotti in pessime condizioni generali: quattro morirono di *shoc*, poche ore dopo l'atto operativo, il 5° in nona giornata per distacco difettoso del bottone stomacale (m. Roux). Un operato per *sten. pil. cicatr.* morì in 8ª giornata d'inanizione. Dei due operati per *ulcera gastrica in corso di evoluzione*, uno morì in 9ª giornata, per difettoso distacco del bottone (m. Roux) ed uno in 12ª per caduta dal letto battendo sul ventre (l'autopsia dimostrò una emorragia puntiforme del peritoneo).

Metodo operativo:

M. HACKER: 1, Morto 1.

M. ROUX: 10, Guariti 3, Morti 7.

Non si praticò quasi mai la gastrolusi. Si adottò la narcosi cloroformica, tranne in due casi in cui si operò senza anestesia.

Preferisce il metodo Roux, ed usò sempre il bottone di MURPHY originale, n. 4, spesso rafforzato con sutura siero-sierosa. Due casi di morte furono dovuti a difettoso distacco del bottone.

Esiti remoti: due operati per cancro sopravvivono ancora: un operato per *stomaco a clepsidra* sta benissimo, dopo circa due anni.

Letteratura:

Dott. CATELLANI S. — Rendiconto dei Riparti chirurgico ed ostetrico del Civico Ospedale di S. Paolo in Savona (aprile 1900 - dicembre 1901) Savona 1902.

Dott. CATELLANI S. — Stomaco a clepsidra. *Rif. Med.*, a. XV, n. 19-20-21.

Prof. Catterina A. — *Arcispedale di Ferrara.* — *Clinica Chirurgica Propedeutica di Camerino.* — *Ospedale di Galatina.*

Casi 12, Guariti 4, Morti 8, Mortalità 66,66%.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 7, Morti 7.

Les. benigne: 5, Guariti 4, Morti 1.

Sten. pil. cicatr.: 1, Guariti 1.

Piloro-duodenite tuber.: 2, Guariti 2.

Sten. pil. da cause estrinseche: 1, Morto 1.

Stomaco a clepsidra: 1, Guarito 1.

Cause di morte: le autopsie dei 7 operati per cancro dimostrarono il perfetto funzionamento del bottone: gli operati erano tutti in uno stato molto avanzato di cachessia, e morirono fra il 2° e l'8° giorno.

Metodo operativo:

M. WÖFLER: 9, Guariti 3, Morti 6.

M. HACKER: 3, Guariti 1, Morti 2.

Gastrolusi. Cloronarcosi: in 3 cancerosi, assai malandati, corrispose bene l'anestesia locale cocainica.

Preferisce il metodo HACKER ed ha sempre usato il bottone di MURPHY, che crede di avere applicato per il primo in Italia, il 15 novembre 1894 nell'Arcispedale di Ferrara: i bottoni gli pervennero allora direttamente dal prof. MURPHY di Chicago.

Esiti remoti: i 3 operati per piloro-duodenite tubercolare, ed uno per sten. pil. cicatriziale guarirono bene. Invece in una operata per stomaco a clepsidra (m. WÖFLER, bottone MURPHY), dopo cinque mesi si rinnovarono i disturbi gastrici: si praticò l'entero-entero-anastomosi chiudendo lo sbocco dell'ansa afferente ma l'operata morì dopo pochi giorni. All'autopsia si trovò che, in corrispondenza del neopiloro, si era prodotta una notevole stenosi, con una specie di valvola.

Prof. Cavazzani G. — *Ospedale Civile di Venezia.*

Casi 14, Guariti 13, Morti 1, Mortalità 7,14%.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 5, Guariti 4, Morti 1.

Les. benigne: 9, Guariti 9.

Sten. pil. cicatr.: 4.

Piloro duodenite tuberc.: 1.

Ulcera gastr. in atto: 1.

Gastroectasia: 3.

Cause di morte: nell'unico caso, operato alla WÖLFLE, il circolo vizioso.

Metodo operativo:

M. WÖLFLE: Caso 1, Morto 1.

M. DOYEN: 13, Guariti 13.

Si praticò sempre la gastrolusi e la cloronarcosi, previa iniezione morfio-atropinica.

Preferisce il metodo DOYEN e la sutura: non usò mai il bottone di MURPHY.

Esiti remoti: ottimi negli operati per lesioni benigne. Non può stabilire la media di sopravvivenza negli operati per cancro, perchè alcuni furono perduti di vista.

Dott. Cavazzani T. — Ospedale di Sandrigo.

Caso 1, Guarito 1.

Peripilorite, gastrite cronica, gastroectasia; gastro-enterostomia antecolica col metodo valvolare di KOCHER: nel 2° giorno rigurgito di bile nello stomaco: si dovette praticare il sondaggio gastrico. Guarigione.

Prof. Ceccherelli A. — Clinica Chirurgica di Parma.

Casi 47, Guariti 40, Morti 7, Mortalità 14,89%.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 20, Guariti 13, Morti 7, Mortalità 35%.

Les. benigne: 27, Guariti 27.

Sten. pil. cicatr.: 15.

Sten. pil. da cause estrinseche: 1.

Ulcera gastrica in atto: 6.

Gastroptosi, gastroectasia ecc.: 5.

Cause di morte: lo *shoc*, in malati esauriti, affetti da cancro.

Metodo operativo:

M. WÖLFLE: 2, Guariti 1, Morti 1.

M. DOYEN: 16, Guariti 13, Morti 3.

M. HACKER : 23, Guariti 21, Morti 2.

M. ROUX : 6, Guariti 5, Morti 1.

Si praticò sempre la gastrolusi e la cloronarcosi : in 2 casi si ricorse alla rachicocainizzazione.

L'A. preferisce il metodo HACKER e la sutura. Ebbe a notare, in alcuni casi, un leggero regurgito biliare che si dileguò dopo pochi giorni.

Esiti remoti : la media di sopravvivenza negli operati per cancro fu di circa cinque mesi. I successi sono favorevoli e duraturi negli operati per lesioni benigne.

Letteratura :

Prof. A. CECCHERELLI. — La chirurgia dello stomaco. *Enciclopedia Medica Italiana*, F. Vallardi, Editore.

Lo STESSO. — Note sulla chirurgia dello stomaco. *Arch. ed Atti della Soc. Ital. di Chir.*, a. 1896.

Lo STESSO. — Ulceri rotonde dello stomaco, restringimenti del piloro e gastroectasie. *Clinica Moderna*, a. I, n. 5, 1895.

G. B. GHERARDI e M. VARANINI. — Tre casi di stenosi pilorica, lezione clinica del prof. A. Ceccherelli. *Gazzetta degli Osped. e delle Clin.*, a. 1898, n. 145.

Prof. A. CECCHERELLI. — Le ricerche diagnostiche nelle malattie dello stomaco in rapporto coll' intervento chirurgico. *Clinica Moderna*, a. V., n. 4, 1899.

Lo STESSO. — Les rétrécissements de l'oesophage, du pylore e du rectum. *Moscou 1899, Comptes-rendus du XII Congrès International*.

Lo STESSO. — Alcune considerazioni sulla chirurgia gastrica. *Arch. ed Atti della Soc. Ital. di Chir.*, a. 1900, 14^a Ad., pag. 211.

Lo STESSO. — Chirurgia gastrica. *Gazz. degli Osp. e delle Clin.*, a. 1901, n. 45.

Dott. G. B. GHERARDI (Clin. Chir. di Parma). — Considerazioni cliniche-sperimentali sulla patogenesi delle alterazioni gastriche, consecutive alle stenosi benigne del piloro, e studi sui risultati prossimi e remoti della gastro-enterostomia e piloroplastica. *La Clinica Chirurgica*, n. 5, a. 1900.

Prof. Codivilla A. — Ospedali di Castiglion Fiorentino e di Imola.

Casi 31, Guariti 23, Morti 8, Mortalità 22,22%.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro : 15, Guariti 9, Morti 6, Mortalità 40%.

Les. benigne : 16, Guariti 14, Morti 2, Mortalità 12,43%.

Sten. pil. cicatr.: 6, Guariti 5, Morti 1.
 Ulcera e stenosi del duodeno: 6, Guariti 5, Morti 1.
 Sten. pil. tubercolare: 1, Guarito 1.
 Dispepsia ipostenica: 1, Guarito 1.
 Ipercl., aderenze peripil.: 1, Guarito 1.
 Ipercl., ulcera in atto, gastroec.: 1, Guarito 1.

Cause di morte: nei sei operati per cancro, 1 volta l' inanizione, 2 volte il circolo vizioso, 1 volta l'occlusione intestinale, 1 volta la peritonite, 1 volta la polmonite. In un caso operato per stenosi pilorico-duodenale, col metodo WÖLFLE, l'innesto dell'ansa anastomizzata cadde ad un metro di distanza dal ceco: in un caso di ulcera aperta con stenosi pilorica, operato alla VON HACKER, la morte si ebbe in 5ª giornata per peritonite.

Metodo operativo:

M. WÖLFLE: 10, Guariti 7, Morti 3.
 M. DOYEN: 2, Guariti 1, Morti 1.
 M. HACKER: 7, Guariti 5, Morti 2.
 M. ROUX: 12, Guariti 10, Morti 2.

Preferisce il metodo Roux e la sutura.

Esiti remoti: 1 operato per stenosi pilorica ed uno per ulcera del duodeno senza stenosi morirono dopo qualche mese per tubercolosi: 1 operato per ulcera, stenosi pilorica e colecistite morì dopo 4 mesi per ascessi epatici. La media di sopravvivenza negli operati per cancro fu di circa 9 mesi.

Letteratura:

CODIVILLA. — Sei casi di gastro-enterostomia. *Lo Sperimentale*, 1893, vol. 47.

LO STESSO. — Contributo alla chirurgia gastrica. *Bollettino delle Scienze mediche di Bologna, serie VII, vol. IX e X, fasc. novembre 1898 e gennaio 1899.*

Dott. Crespi A. — Ospedale Civile di Orvieto.

Casi 36, Guariti 33, Morti 3, Mortalità 8,33%.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 9, Guariti 7, Morti 2.
 Les. benigne: 27, Guariti 26, Morti 1.
 Sten. pil. cicatr.: 17.
 Piloro-duodenite tuber.: 2.

Sten. pil. da cause estrinseche: 2, Guarito 1, Morto 1.

Ulcera gastrica in atto: 2.

Ulcera e stenosi del duodeno: 1.

Gastroptosi, gastroectasia ecc.: 3.

Cause di morte: nei 2 cancerosi lo *shoc*, nel 3° caso (stenosi pilorica per compressione da un'enorme massa di gangli retroperitoneali: sarcoma? cancro?) per mancata funzionalità del neopiloro.

Metodo operativo :

M. WÖFLER: 36, Guariti 33, Morti 3.

Si praticò sempre la gastrolusi prima dell'intervento, anche allo scopo di facilitare l'introduzione della sonda, dopo l'operazione, in caso di bisogno.

In trenta casi si usò l'anestesia locale morfo-cocainica: in 6 casi la narcosi cloroformica.

Preferisce il metodo WÖFLER, con sutura a tre piani (siero-muscolare e muco-mucosa), praticando un neopiloro assai ampio. In 4 casi ebbe a lamentare disturbi da regurgito.

Esiti remoti: la media di sopravvivenza negli operati per *cancro* fu di circa un anno. Negli operati per *stenosi pilorica cicatriziale* il risultato si mantiene buono: mangiano di tutto, in modo che l'operazione raggiunse così anche uno scopo sociale: ha notizia di disturbi in 2 soli casi. Nei 2 operati per *piloro-duodenite tubercolare*, persiste qualche fatto doloroso anche per aderenze da peritoniti parziali specifiche o semplicemente infiammatorie, facili a prodursi in tali soggetti. Il risultato si mantiene buono nei due operati per *ulcera gastrica in corso di evoluzione*, associata a spasmo pilorico: si ebbe invece risultato incompleto nell'operato per *ulcera e stenosi del duodeno*, che morì dopo due anni. Successo ottimo e duraturo nei tre casi di *gastroptosi* e *gastroectasia*.

Prof. D'Antona A. — *Clinica Chirurgica Propedeutica di Napoli.*

Casi 12, Guariti 10, Morti, 2, Mortalità 16,66%.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro: 3, Guariti 2, Morti 1.

Les. benigne: 9, Guariti 8, Morti 1.

Sten. pil. cicatr.: 7, Guariti 6, Morti 1.

Ulcera gastrica in atto: 1, Guarito 1.

Gastroectasia: 1, Guarito 1.

Cause di morte: in un operato per cancro lo *shoc*, in un operato alla Roux, per stenosi cicatriziale pilorica, la peritonite dovuta ad ulcerazione da decubito, in corrispondenza del bordo del bottone, nell'anastomosi digiuno-digiunale.

Metodo operativo:

M. HACKER: Casi 10, Guariti 9, Morto 1.

M. ROUX: Casi 2, Guariti 1, Morti 1.

Si praticò sempre la *gastrolusi* tranne nei casi di ulcera gastrica in alto: si usò sempre la narcosi morfo-cloroformica.

Fra i metodi operativi il prof. D'ANTONA preferisce quello di VON HACKER: dà sempre la preferenza al bottone di MURPHY, riservando la sutura a quei casi in cui le condizioni del malato permettono un atto operativo più lungo.

Non si ebbero mai a lamentare disturbi da circolo vizioso.

Esiti remoti: negli operati per lesioni benigne i risultati remoti sono ottimi.

Prof. De Paoli — Clinica Chirurgica Propedeutica di Perugia.

Casi 9, Guariti 6, Morti 3, Mortalità 33,33 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 1, Guarito 1.

Les. benigne: 8, Guariti 5, Morti 3.

Sten. pilor. cicatr.: 5, Guariti 5.

Piloro-duodenite tubercolare: 1, Morto 1.

Sten. pil. da cause estrinseche: 1, Morto 1.

Ulcera del duodeno: 1, Morto 1.

Cause di morte: 1 volta l'emorragia da un'ulcera duodenale, 1 volta la diarrea infrenabile, 1 volta la tubercolosi generalizzata.

Metodo operativo:

M. WÖLFLENER: Casi 2, Guariti 2.

M. HACKER: Casi 7, Guariti 4, Morti 3.

Si praticò quasi sempre la *gastrolusi* prima dell'operazione. In 7 casi s'adottò la narcosi cloroformica, in 2 l'anestesia locale cocainica.

Preferisce il metodo VON HACKER col bottone MURPHY: nei due casi operati alla WÖLFLENER, fece la sutura continua a tre piani.

Non ebbe mai a lamentare disturbi da circolo vizioso.

Esiti remoti: L'unico operato per cancro sopravvisse 14 mesi. Il successo funzionale perdura negli altri operati.

Letteratura :

Prof. DE PAOLI E. — Sui risultati lontani di quattro operazioni sullo stomaco, ed in ispecie su di un caso di gastro-enterostomia per tumore del piloro di probabile natura tubercolare. *Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia*, a. 1896, pag. 81.

Dott. De Sanctis L. — Ospedali di Cavarzere e di Frosinone.

Casi 7, Guariti 6, Morto 1, Mortalità 14,28 %.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro : 5, Guariti 5.

Les. benigne : 2, Guarito 1, Morto 1.

Sten. pil. cicatr. : 1, Guarito 1.

Gastroectasia : 1, Morto 1.

Cause di morte : nell' unico caso operato alla DOYEN il circolo vizioso.

Metodo operativo :

M. DOYEN : 5, Guariti 5.

M. HACKER : 2, Guarito 1, Morto 1.

Non sempre si praticò la gastrolusi. — Cloronarcosi.

Preferisce il metodo transmesocolico alla VON HACKER e la sutura. In un caso operato alla DOYEN si ebbero gravi fatti di circolo vizioso.

Esiti remoti : la media di sopravvivenza negli operati per cancro fu di circa 5 mesi. L' operata per sten. pil. cicatr., dopo due anni, sta benissimo.

Dott. Di Bella — Ospedale Civile di Palermo.

Caso 1, Morto 1.

Carcinoma esteso del piloro. Gastro-enterostomia ad Y alla Roux, con due bottoni di MURPHY. Vomito biliare incoercibile. Morte in quarta giornata. (All' autopsia non si trovò traccia alcuna di peritonite : i bottoni di MURPHY erano in sito e contenevano perfettamente).

Dott. Donati A. — Ospedali di Castiglion Fiorentino e di Ravenna.

Casi 20, Guariti 13, Morti 7, Mortalità 35 %.

Indicazioni ed esiti immediati.

Cancro: 16, Guariti 9, Morti 7.

Les. benigne: 4, Guariti 4.

Sten. pilor. cicatr.: 2.

Ulcera gastr. in atto: 2.

Cause di morte: i 7 operati per cancro morirono tutti per collasso in seconda o terza giornata.

Metodo operativo:

M. HACKER: 20, Guariti 13, Morti 7.

Non sempre si praticò la gastrolusi. - Narcosi morfo-cloroformica.

Preferisce il metodo von HACKER ed il bottone di MURPHY, dal cui uso non ebbe a lamentare inconvenienti. Notò in 2 casi disturbi transitori da regurgito.

Esiti remoti: alcuni operati per cancro (?), nel 97 e 98, vivono tuttora in buona salute. Gli operati per lesioni benigne stanno benissimo.

Prof. Durante F. — R. Istituto Chirurgico di Roma.

Casi 13, Guariti, 7, Morti 6, Mortalità 46,15 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 4, Guariti 2, Morti 2.

Les. benigne: 9, Guariti 5, Morti 4.

Sten. pil. cicatr.: 7, Guariti 5, Morti 2.

Ulcera e sten. del duodeno: 1, Morto 1.

Stomaco a clepsidra ed ulcera in atto: 1, Morto 1.

Cause di morte: 2 volte la bronco-pulmonite, 2 volte l'emorragia da ulcera in atto, in un caso l'esistenza di restringimenti tubercolari multipli dell'intestino, in un altro si ebbe vomito biliare in quinta e settima giornata dopo l'intervento, poi collasso e morte: l'autopsia non fu permessa.

Metodo operativo:

M. WÖFLER: casi 6, Guariti 2, Morti 4.

M. HACKER: casi 7, Guariti 5, Morti 2.

Riportiamo brevissime note riguardanti i casi di gastro-enterostomia operati nella Clinica Chirurgica di Roma, fino al marzo 1902.

OSSERVAZIONE I. — G. F. di anni 38. — Operato nel 1892 di resezione del piloro per cancro.

Stenosi pilorica per recidiva del cancro.

Gastro-enterostomia antecolica alla WÖLFLER (2 febr. 1894).

Guarigione operatoria. Esito funzionale completo.

OSSERVAZIONE II. — C. F. di anni 45.

Stenosi pilorica. Restringimenti multipli dell'intestino di natura tubercolare.

Gastro-enterostomia alla WÖLFLER. Doppia ileoplastica (30 novembre 1895).

Morte (2 dic. 95). — L'autopsia dimostrò che le suture avevano tenuto perfettamente: si rinvennero molti altri restringimenti sull'intestino.

OSSERVAZIONE III. — S. M. di anni 42.

Stenosi pilorica cicatriziale.

Gastro-enterostomia alla WÖLFLER (25 feb. 97).

Alla laparotomia si rinviene lo stomaco enormemente dilatato: la porzione pilorica è allungata e fortemente ristretta: il duodeno è occupato, nella sua prima porzione, da una durezza fibrosa uniforme di aspetto cicatriziale. Vengono rimosse molteplici aderenze tra la piccola curvatura, il duodeno, il piloro e la cistifellea.

Dopo l'operazione dolore vivo alla regione epigastrica, melena, nausea. Morte in 6ª giornata.

All'autopsia si osserva che la ferita è perfettamente riunita per primam: nessuna traccia di peritonite: l'anastomosi è completamente riuscita, l'ansa digiunale aderisce allo stomaco in ottima posizione, il neopiloro è ampio e provvisto di mucosa. Nella prima porzione del duodeno si ha un punto fortemente stenotico in cui non si riesce ad introdurre un lapis comune: spaccato il duodeno si trova una superficie in parte cicatriziale in parte ulcerata con segni di emorragia recente. Nello stomaco e nel duodeno è raccolta notevole quantità di sangue.

OSSERVAZIONE IV. — P. D. di anni 52.

Epitelioma nel piloro esteso alla grande curvatura, con metastasi multiple nel fegato.

Gastro-enterostomia alla WÖLFLER (18 febbraio 1897).

Morte (27 feb. 1897) per pneumonite catarrale. Anastomosi ben riuscita.

OSSERVAZIONE V. — C. A. di anni 34. Fu già operato in Clinica, il 16 maggio 1897, di piloroplastica alla HEINECKE-MIKULICZ, per stenosi pilorica cicatriziale. Il successo parve completo; ma, dopo 3

mesi, ricominciarono i disturbi, che andarono sempre più aggravandosi, fino alla intollerabilità degli alimenti anche liquidi.

Stenosi pilorica cicatriziale recidiva.

Gastro-enterostomia alla WÖLFLE (14 dicembre 1897) con triplice strato di sutura.

Si ottiene un successo funzionale completo.

OSSERVAZIONE VI. — B. A. di anni 45. Viene operato di *piloro-plastica*, per stenosi pilorica cicatriziale, il 30 novembre 1897, con decorso postoperativo normale. Il 14 dicembre, in seguito a disordine dietetico, si ha vomito e dolore vivo all'epigastrio: nei giorni seguenti melena, vomito ematico: continua e si esacerba il dolore: grave abbattimento di forze, polso debolissimo.

Gastro-enterostomia alla WÖLFLE (22 gennaio 1898). Nessuna aderenza sulla porzione pilorica, nè stenosi. Ricercata l'ansa digiunale si pratica la gastro-enterostomia.

Decorso postoperativo buono fino al 31 gennaio: insorge allora una broncopneumonite bilaterale che conduce a morte l'operato.

All'autopsia si osserva che l'ansa anastomizzata è adesa allo stomaco ma si lascia distaccare ad una leggera trazione: si rinviene un enorme *stomaco a clepsidra*, con notevole restringimento nella parte media. Sul piloro si osservano tracce di ulcerazioni recenti.

OSSERVAZIONE VII. — M. I. di anni 55.

Ileus simplex della porzione pilorica dello stomaco.

Gastro-enterostomia transmesocolica posteriore alla VON HACKER (18 marzo 1899).

Alla sera vomito abbondante color fondo di caffè: poi aggravamento subitaneo e morte (20 marzo).

All'autopsia: peritoneo normale; suture bene adese; stomaco enormemente disteso da notevolissima quantità di sangue uscito da un'ampia ulcera in corrispondenza del piloro.

OSSERVAZIONE VIII. — S. C. di anni 40.

Carcinoma stenose del piloro.

Gastro-enterostomia posteriore alla VON HACKER, con due piani di sutura.

Guarigione operatoria. Successo funzionale buono.

OSSERVAZIONE IX. — C. C. di anni 55.

Epitelioma stenose del piloro.

Gastro-enterostomia posteriore alla VON HACKER (16 nov. 1899), con 2 piani di sutura.

Al 5° giorno vomito biliare, che si ripete al 7°: poi peggioramento improvviso e morte in 8ª giornata dall'atto operativo.

L'autopsia non è permessa.

OSSERVAZIONE X. — C. C. di anni 43.

Stenosi pilorica fibrosa, peripilorite.

Gastro-enterostomia transmesocolica posteriore alla VON HACKER, con due piani di sutura.

Guarigione. Successo funzionale completo.

OSSERVAZIONE XI. — L. C. di anni 26.

Stenosi pilorica cicatriziale. Il piloro è occupato in totalità da un ispessimento fibroso, duro, di aspetto cicatriziale, grande come un grosso uovo, che si estende anche alla prima porzione del duodeno.

Gastro-enterostomia alla VON HACKER, con due piani di sutura (30 gennaio 1902).

Guarigione p. p. Esito funzionale perfetto.

OSSERVAZIONE XII. — A. S. di anni 50.

Stenosi pilorica da pregressa ulcera gastro-duodenale. Un tessuto cicatriziale di forma anulare sostituisce lo sbocco pilorico-duodenale, mantenendo però un discreto grado di pervietà del canale.

Gastro-enterostomia alla VON HACKER con 2 piani di sutura.

Guarigione rapida. Esito funzionale perfetto.

OSSERVAZIONE XIII. — M. E. di anni 26.

A 16 anni, nel 1892, affetta da piloro-duodenite tubercolare, fu operata dal prof. DURANTE con la *plastica gastro-duodenale*. Nel 1896, essendosi prodotta una stenosi pilorica da cicatrice, fu rioperata nella stessa clinica di piloro-plastica alla HEINECKE-MIKULICZ, ed il risultato funzionale sembrò perfetto. Più tardi riapparvero notevoli disturbi gastrici che andarono successivamente aggravandosi.

Stenosi pilorica cicatriziale recidiva.

Gastro-enterostomia transmesocolica posteriore alla VON HACKER (febbraio 1902).

Guarigione rapida. Successo funzionale ottimo.

In due lezioni cliniche, del 21 e 25 febbraio 1902, il prof. DURANTE veniva alle seguenti conclusioni:

Tra tutti i metodi di gastro-enterostomia fino ad oggi proposti, il prof. DURANTE preferisce quello transmesocolico posteriore di HACKER, per la situazione posteriore della nuova bocca di scarico del ventricolo, per la brevità dell'ansa afferente, per la impossibilità di

un eventuale strozzamento del colon, come si verificò qualche volta in operati col metodo WÖFLER. Non avendo mai notato gravi fenomeni di regurgito biliare o di circolo vizioso nei suoi operati di gastro-enterostomia posteriore, non credette finora necessario ricorrere ad un'anastomosi ad Y; ma, dovendovi, ricorrere, si atterrebbe ad una anastomosi laterale, piuttosto che terminale come suggerisce il ROUX. E ciò perchè, indipendentemente da ogni difficoltà di tecnica, l'anastomosi terminale del digiuno efferente sullo stomaco permette una bocca di comunicazione poco ampia, e l'anastomosi termino-laterale dell'ansa afferente sull'efferente deve dar luogo quasi necessariamente ad un restringimento del lume intestinale.

Quanto alla tecnica, il prof. DURANTE non volle mai adoperare il bottone del MURPHY, sia per l'incertezza del suo funzionamento, sia perchè non crede indifferente la permanenza del bottone stesso nello stomaco o nell'intestino, sia finalmente perchè ritiene che il foro risultante dalla caduta del bottone sia soggetto a restringersi per cicatrice, come avviene del resto anche per l'anastomosi fatta con la sutura, avendo però questo metodo il vantaggio di poter dare una apertura molto più ampia, in modo che ne residui sempre un neopiloro sufficiente al facile svuotamento del ventricolo. Un'ultima ragione che sconsiglia l'uso del bottone è il fatto della possibile esistenza di stringimenti intestinali al di sotto dell'ansa anastomizzata al ventricolo (osserv. 2^a), ciò che impedirebbe la emissione del bottone e darebbe luogo a fatti di occlusione o di perforazione intestinale. Come particolarità della tecnica nello stabilire l'anastomosi gastro-intestinale, il prof. DURANTE, dopo avere affrontato i visceri da anastomizzarsi, li unisce con sutura continua siero-sierosa per circa otto centimetri, incide quindi allo innanzi di questa prima sutura i due visceri a tutto spessore, e riunisce con sopraggitto le due bocche, terminando con un secondo piano siero-sieroso anteriore. Infine, invece di fissare i bordi dell'apertura mesocolica sulla parete gastrica, come fanno la più gran parte degli operatori, fissa il mesocolon sull'ansa del digiuno tutto intorno all'anastomosi, al doppio scopo di proteggere la linea di sutura con la lamina sierosa del meso, ed *appendere* a questo il digiuno, ciò che rende assai più difficile il formarsi dello sprone.

In riguardo alla indicazione, il prof. DURANTE che, fino a questi ultimi tempi, si era mostrato poco fiducioso negli esiti funzionali definitivi della gastro-enterostomia, e la riserbava soltanto ai casi di carcinoma inestirpabile o di stenosi gravi che non potessero essere corrette con altri atti operativi, in seguito ai buoni successi ottenuti negli ultimi suoi operati ed ai risultati favorevoli di altri operatori, serba una più larga parte a questo intervento, anche nelle

stenosi piloriche benigne, allorchè lo stringimento non dipenda da cause estrinseche facilmente rimovibili, o il cingolo fibroso non sia strettamente anulare e facilmente correggibile con la piloroplastica, sempre, s'intende, che lo stomaco non sia troppo sfiancato, e le pareti muscolari di questo abbiano la forza sufficiente a spingere il contenuto gastrico attraverso il piloro dilatato con l'operazione di HEINECKE-MIKULICZ. Nei casi invece di piloro-duodenite tubercolare, di stenosi pilorica cicatriziale estesa, di peripilorite con neoproduzione infiammatoria (nel qual caso i tessuti facilmente lacerabili ed inelastici mal si prestano all'affrontamento ed alla sutura), di ulcera pilorica in corso di evoluzione, di grave gastroectasia con ipertrofia della muscolare del ventricolo, il prof. DURANTE preferisce la gastro-enterostomia.

Così pure nel cancro del piloro, allorchè questo non sia assolutamente limitato e facilmente asportabile, in modo da non compromettere immediatamente la vita del malato e riserbare la lontanissima speranza di una guarigione radicale, il prof. DURANTE crede più opportuno intervenire con la gastro-enterostomia.

Il passaggio degli alimenti attraverso al piloro carcinomatoso produce uno stimolo sugli elementi epiteliali che vanno moltiplicandosi rapidamente, mentre ha luogo nel neoplasma una straordinaria immigrazione di linfociti. Deviato il corso del contenuto gastrico attraverso la nuova apertura ottenuta con la gastro-enterostomia, e cessando questo stimolo, si vedono quasi sempre i tumori impiccolirsi e quasi raggrinzarsi, ed il loro decorso diviene meno rapido: questa diminuzione del tumore è affatto apparente e dovuta alla cessata immigrazione linfocitica ed al mancato stimolo meccanico degli elementi epiteliali. Intanto il malato, avendo la possibilità di nutrirsi, aumenta l'indice della propria difesa organica, e, cessati i fastidi che il tumore produceva meccanicamente sul piloro, può tirare innanzi per qualche tempo nella illusione di una guarigione radicale, fino a che soggiace fatalmente alla cacchessia o ad una grave emorragia per ulcerazione del tumore.

Di solito questi poveri malati giungono a noi in stato di grave prostrazione, e addirittura incapaci di resistere ad un atto operativo necessariamente grave e lungo com'è la resezione pilorica, e d'altronde le speranze di una guarigione radicale si dimostrarono fin qui illusorie, anche nelle più estese resezioni del viscere. Non è dunque opportuno che questi disgraziati siano sottoposti a correr l'alea di un gravissimo pericolo immediato, mentre con la gastro-enterostomia si possono ottenere già notevoli vantaggi, con una minore somma di rischi.

Letteratura :

Prof. DURANTE F. — Considerazioni intorno ai restringimenti pilorici ed al loro trattamento curativo. *Il Policlinico*, a. I (1894), fasc. 8.

Lo STESSO. — Trattato di patologia e terapia chirurgica generale e speciale. Roma, Società editrice Dante Alighieri.

Prof. D'Urso G. — R. Istituto Chirurgico di Roma.

Casi 1, Guarito 1.

Stenosi pilorica cicatriziale. Gastro-enterostomia transmesocolica posteriore alla VON HACKER con la sutura. Guarigione, successo funzionale completo.

Prof. Fantino G. — Ospedale di Bergamo.

Casi 6, Guariti 5, Morti 1, Mortalità 16,66 %.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro : 3, Guariti 2, Morto 1.

Les. benigne : 3, Guariti 3.

Sten. pilor. cicatr. : 3.

Cause di morte : nell'unico caso, lo *shoc* : trattavasi di un canceroso estremamente esaurito.

Metodo operativo :

M. HACKER : 6, Guariti 5, Morto 1.

Gastrolusi. — Cloronarcosi.

Preferisce il metodo HACKER: preferisce la sutura, quando è possibile, perchè gli sembra che questa, permettendo di fare un'ampia apertura, svuoti con più facilità lo stomaco, ed eviti gli stiramenti sui margini della ferita, che potrebbero essere pericolosi. Adopera il bottone MURPHY nel caso in cui debbasi abbreviare l'operazione: ma pratica sempre all'intorno una sutura di rinforzo. Non ebbe mai a verificare inconvenienti imputabili al bottone stesso.

Osservò soventissimo regurgito biliare negli operati del CARLE: ne' suoi casi ha potuto eliminare questo inconveniente, adottando la modificazione del KAPPELER (vedi a pag. 134), che consiste nella fissazione dell'intestino allo stomaco, per lungo tratto, oltre i limiti dell'anastomosi.

Esiti remoti : l'esito si mantiene perfetto negli operati per stenosi benigne.

Letteratura :

Citata nella Statistica del CARLE.

Dott. Farina G. — Ospedali di Roma.

Casi 2, Guarito 1, Morto 1.

Due casi di *cancro* che vennero operati col metodo **DOYEN** (sutura), nella narcosi cloroformica. Uno degli operati morì con vomiti biliosi incoercibili: l'altro guarì operatoricamente, e, riveduto dopo tre mesi, era in condizioni soddisfacenti.

Prof. Ferrari A. — Clinica Chirurgica propedeutica di Parma — Ospedale Maggiore di Parma.

Casi 19, Guariti 12, Morti 7, Mortalità 37,21 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 13, Guariti 7, Morti 6.

Les. benigne: 6, Guariti 5, Morti 1.

Sten. pil. cicatriziale: 5, Guariti 4, Morti 1.

Ulcera pilorica in atto: 1, Guarito 1.

Cause di morte: in due operati alla **WÖFLER** la morte avvenne una volta per *shoc*, ed un'altra per enterite, dopo 10 giorni. Su cinque degli operati alla **VON HACKER**, si ebbe, in tre casi, morte per cloroformio nelle prime 24 ore; in un 4° caso per intossicamento gastrico, otto giorni dopo l'atto operativo; nel 5° per necrosi dell'intestino attorno al bottone di **MURPHY**, e peritonite settica consecutiva.

Metodo operativo:

M. WÖFLER: 7, Guariti 5, Morti 2.

M. HACKER: 11, Guariti 6, Morti 5.

M. ROUX: 1, Guarito 1.

Nei primi casi usò la cloronarcosi, in seguito l'anestesia locale cocainica.

Preferisce i metodi posteriori ed il bottone di **MURPHY** che applicò in 12 casi su 19. Nelle 7 gastro-enterostomie praticate con la sutura non ebbe a notare alcun inconveniente; il bottone in un caso produsse necrosi e perforazione dell'intestino, causando la morte dell'operato. Osservò disturbi transitori da regurgito anche in operati col metodo **HACKER**.

Esiti remoti: due operati per stenosi cicatriziale (tubercolare?) morirono dopo alcuni mesi per tubercolosi. Varia fu la sopravvivenza negli operati per cancro.

Letteratura:

Prof. **FERRARI AMBROGIO**. — Contributo allo studio della patologia del ventricolo e della gastro-enterostomia. *La Clinica Chirurgica*, 1902, n. 10.

Dott. Fummi A. — Ospedali di Roma.

Casi 2, Guariti 2.

Due casi di cancro. Uno fu operato col metodo DOYEN, e l'altro col metodo ROUX con due bottoni di MURPHY. Guarigione operatoria ed esito funzionale buono fino a 6 mesi dopo l'atto operativo: in seguito gli operati furono perduti di vista.

Dott. Garbarini E. — Ospedale di Guastalla.

Casi 3, Guariti 2, Morti 1. Mortalità 33,33 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 3, Guariti 2, Morti 1.

Cause di morte: ?

Metodo operativo:

M. HACKER: 3, Guariti 2, Morti 1.

Gastrolusi. — Narcosi morfo-cloroformica.

Preferisce il metodo ROUX, ma nei suoi casi praticò quello di HACKER, perchè le condizioni dei pazienti non permettevano di prolungare l'operazione. Adopera il bottone MURPHY.

Letteratura:

Dott. GARBARINI E. — Delle anastomosi intestinali col bottone di MURPHY. *La Clinica Chirurgica*, 1897, n. 4.

Dott. Gardini U. — Ospedale Maggiore ed Ospedale del Ricovero di Bologna.

Casi 4, Guariti 4, Mortalità 0 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 3, Guariti 3.

Sten. pil. cicatr.: 1 Guarito 1.

Metodo operativo:

M. WÖFLER: 1.

M. HACKER: 3.

Fu praticata la gastrolusi solo in due casi, e si adottò sempre l'anestesia cloroformica.

Preferisce il metodo VON HACKER ed il bottone MURPHY che applicò in 3 casi senza alcun inconveniente. Notò disturbi dovuti a regurgito nei primi giorni dopo l'atto operativo.

Esiti remoti: la media di sopravvivenza negli operati per cancro fu di circa sei mesi. Il risultato si mantiene perfetto nell'operato per stenosi pilorica cicatriziale.

Dott. Giannantoni P. — Ospedale di Vetralla.

Casi 2, Guariti 2.

Indicazioni ed esiti immediati:

Sten. pil. cicatr.: 1.

Gastroectasia 1.

Metodo operativo:

Adottò il metodo VON HACKER ed il bottone di MURPHY.

L'operata per stenosi pilorica cicatriziale, gode, dopo 14 mesi, ottima salute. L'altra operata sembrava completamente guarita, e la ferita cicatrizzata per primam: la funzionalità gastro-intestinale si era perfettamente ristabilita. Diciotto giorni dopo l'intervento si ebbe *eviscerazione* spontanea che non fu subito constatata, quindi ulcerazione di un'ansa intestinale prelassata e morte.

Prof. Giordano D. — Ospedale Civile di Venezia.

Casi 59, Guariti 42, Morti 17, Mortalità 28,81 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 23, Guariti 13, Morti 10, Mortalità 45,45 %.

Les. benigne: 36, Guariti 29, Morti 7, Mortalità 18,90 %.

Sten. pil. cicatriziale: 17, Guariti 13, Morti 4.

Piloro-duodenite tubercolare: 3, Guariti 2, Morti 1.

Ulcera gastrica in atto: 11, Guariti 10, Morto 1.

Gastroptosi: 1, Guarito 1.

Gastrite cronica dei bevitori: 1, Guarito 1.

Piloro-spasmo: 3, Guariti 2, Morto 1.

Cause di morte: i dieci casi di morte negli operati per cancro furono dovuti: 2 volte a peritonite da sfacelo: 8 volte a marasma, bronco-pulmonite, diarrea: tutti furono operati in pessime condizioni. I sette casi di morte negli operati per lesioni benigne furono dovuti:

1 a nefrite, 1 ad insufficienza epato-renale, 1 ad emorragia imputabile al bottone MURPHY (erosione), 1 ad ascesso polmonare, 1 a riaccutizzazione di nefrite cronica, 2 a collasso.

Metodo operativo :

M. WÖLFLE: Casi 3, Guariti 2, Morti 1,

M. HACKER: Casi 55, Guariti 39, Morti 16.

Gastroduodenostomia: Caso 1, Guarito 1.

La *gastrolusi* si praticò, di regola, nei casi di stenosi cicatriziale e di cancro; mai nei casi di ulcera in atto. Cloronarcosi previa iniezione morfo-atropinica.

Preferisce il metodo von HACKER, con sutura (LEMBERT-CZERNY) a tre piani, con catgut: l'ultima gastro-enterostomia di questa serie, a tre piani di sutura, fu compiuta in 14 minuti. Applicò in 4 casi il bottone di MURPHY con 2 insuccessi: 1 volta si ebbe necrosi dei margini compressi, una volta emorragia nel solco di erosione: nel solo caso sopravvissuto, il bottone non venne eliminato.

Non ebbe mai ad osservare notevoli disturbi dovuti a regurgito o circolo vizioso: i rari casi di vomito postoperatorio, anche bilioso, cedettero presto alla *gastrolusi*.

Esiti remoti: Non è possibile stabilire la media di sopravvivenza negli operati per cancro, perchè molti furono perduti di vista dopo usciti dall'ospedale. Di coloro che furono osservati (vengono operati di gastro-enterostomia solo gl'inoperabili radicalmente) la media di sopravvivenza non arriva a 6 mesi.

La statistica delle gastro-enterostomie praticate negli ultimi anni è, senza paragone, migliore di quella dei primi, essendo la mortalità quasi nulla.

Letteratura :

GIORDANO D. -- Manuale di Medicina Operativa. Torino, 1894, pagine 289-293.

Lo STESSO. — Considerazioni intorno ad alcuni casi di affezioni del ventricolo curate con la gastro-enterostomia. *Rivista Veneta di Scienze Mediche*, 1900, fasc. V.

Lo STESSO. — Sopra alcune cause di insufficienza del bottone di MURPHY nella gastro-enterostomia. *Riv. Ven. di Scienze Med.*, 1896, fascicolo IX.

Lo STESSO. — Compendio di chirurgia operatoria italiana. Torino - 1901, disp. 7 ed 8.

Prof. Guarneri A. — RR. Spedali di Lucca.

Casi 19, Guariti 16, Morti 3, Mortalità 15,76 %.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro : 7, Guariti 4, Morti 3.

Les. benigne : 12, Guariti 12.

Sten. pilor. cicatr.: 11.

Ulcera e stenosi del duodeno : 1.

Cause di morte : in tre operati per cancro il collasso. In uno degli operati per les. benigna la guarigione fu soltanto operatoria : fu diagnosticata un'ulcera duodenale in corso di evoluzione ; dopo la gastro-enterostomia alla DOYEN i disturbi continuarono, e l'operato morì dopo un mese : non fu permessa l'autopsia.

Metodo operativo :

M. DOYEN : Casi 13, Guariti 10, Morti 3.

M. HACKER : Casi 6, Guariti 6.

Pratica sistematicamente la gastrolusi, e, tranne in un caso, operò sempre nella narcosi cloroformica.

Preferisce il metodo VON HACKER. Per il passato usò preferibilmente la sutura ; ma ora ha praticamente provato più utile il bottone di MURPHY. Constatò talvolta un po' di ritardo nella emissione del bottone ; ma i casi sono troppi scarsi per dare un giudizio.

Ebbe ad osservare qualche lieve disturbo da regurgito nella gastro-enterostomia anteriore (DOYEN).

Esiti remoti : La media di sopravvivenza negli operati per cancro fu di circa 5 mesi. Risultati favorevoli duraturi negli operati per lesioni benigne.

Prof. Lampiasi I. — Ospedale Civile di Trapani.

Casi 4, Guariti 4, Morti 0, Mortalità 0 %.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro : 4, Guariti 4.

Metodo operativo :

M. WOLFLER : Casi 2, Guariti 2.

M. DOYEN : Casi 2, Guariti 2.

Si praticò sempre la gastrolusi prima dell'intervento che si eseguì nella narcosi cloroformica.

Preferisce il metodo DOYEN e la sutura; non ha mai adoperato il bottone MURPHY.

In due casi ebbe a notare gravi disturbi da circolo vizioso; in un caso crede che tali disturbi fossero attribuibili ad ascaridi lombricoidi che furono emessi col vomito.

Esiti remoti: i 4 operati morirono per cachessia cancerigna alcuni mesi dopo l'atto operativo.

Dott. Legnani T. — Ospedale Civile di Fabriano.

Casi 5, Guariti 3, Morti 2, Mortalità 40 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 4, Guariti 2, Morti 2.

Les. benigne (sten. pil. cicatr.): 1, Guarito 1.

Cause di morte: in due operati per cancro l'inanizione.

Metodo operativo:

M. WÖFLER: Caso 1, Morto 1.

M. HACKER: Casi 4, Guariti 3, Morti 1.

Non praticò la gastrolusi ed impiegò la narcosi cloroformica.

Preferisce il metodo VON HACKER ed il bottone di MURPHY di cui, in 2 casi, fu emessa la sola metà - maschio. Non osservò mai disturbi da circolo vizioso.

Esiti remoti: l'esito funzionale si mantiene ottimo, dopo 4 anni, nell'operato per stenosi pilorica cicatriziale.

Letteratura:

Dott. T. LEGNANI. — *Bollettino della Società Med. Chir. di Modena*, 1899, n. 2.

Lo STESSO. — Resoconto statistico di un anno di esercizio chirurgico, Modena, 1899.

Lo STESSO. — Resoconto statistico ecc., Modena, 1900.

Dott. Manara. — Ospedale Civile di Sulmona.

Casi 23, Guariti 19, Morti 4, Mortalità 17,26 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 11, Guariti 9, Morti 2.

Les. Benigne: 12, Guariti 10, Morti 2.

Sten. pilor. cicatr.: 8, Guariti 7, Morti 1.

Ulcera in atto: 2, Guarito 1, Morto 1.

Piloro-duodenite tubercolare: 2, Guariti 2.

Cause di morte: in due casi, operati alla WÖFLER, la morte fu dovuta a circolo vizioso: uno dei 2 infermi (sten. pilor. cicatr.) fu inutilmente rioperato. In 2 operati per cancro si ebbe morte per *shoc*.

Metodo operativo :

M. WÖFLER: Casi 19, Guariti 16, Morti 3.

M. HACKER: Casi 4, Guariti 3, Morti 1.

Gastrolusi. — Cloronarcosi: in un caso tentò l'anestesia locale con esito negatjvo.

Preferisce il metodo WÖFLER e il bottone di MURPHY, completamente metallico, perchè abbrevia l'atto operativo. Il bottone cadde quasi sempre nello stomaco senza dare inconvenienti. In due casi ebbe a lamentare grave circolo vizioso che condusse a morte gli operati.

Esiti remoti: la media di sopravvivenza negli operati per cancro fu di 8 mesi circa. Negli operati per lesioni benigne l'esito funzionale si mantiene perfetto, anche dopo vari anni. Una operata per piloro-duodenite tubercolare morì, dopo 7 mesi, in seguito a peritonite tubercolare secca.

Dott. Manega U. — Ospedale Civile di Osimo.

Casi 10, Guariti 9, Morti 1, Mortalità 10 %.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro: 4, Guariti 3, Morti 1.

Les. Benigne: 6, Guariti 6.

Sten. pilor. cicatr.: 2.

Ulcera gastr. in atto: 1.

Gastroectasia: 3.

Cause di morte: esaurimento e cachessia.

Metodo operativo :

M. WÖFLER: Casi 2, Guariti 2.

M. HACKER: Casi 6, Guariti 5, Morti 1.

M. ROUX: Casi 2, Guariti 2.

In 9 casi si praticò la gastrolusi, in tutti la narcosi cloroformica. Preferisce il metodo HACKER ed il bottone di MURPHY che ha impiegato in tutti i casi: in un caso il bottone non fu emesso e,

dopo tre mesi, essendo morto l'operato per altra malattia, si potè constatare all'autopsia che il bottone, fermo nel tratto ileocecale, aveva determinato una zona necrotica sulla mucosa intestinale.

Esiti remoti: dei 3 operati per cancro, uno sopravvisse 2 anni, uno 10 mesi, uno vive bene dopo 6 mesi. Negli altri casi si ebbe un esito funzionale perfetto.

Prof. Margarucci O. — Ospedali di Roma.

Casi 2, Guariti 2, Morti 0, Mortalità 0 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 1, Guarito 1.

Les. benigne: 1, Guarito 1.

Metodo operativo:

M. WÖFLER: Caso 1, Guarito 1.

M. ROUX: Caso 1, Guarito 1.

Prima dell'intervento si praticò la gastrolusi: s'iniziò la narcosi col cloroformio e si proseguì con l'etere.

Il metodo WÖFLER fu eseguito con la sutura: nel metodo ROUX si adottò la sutura per la gastro-enteroanastomosi, ed il bottone di MURPHY per la entero-enteroanastomosi.

Dott. Mariani C. — Ospedale di S. Andrea di Massa Marittima.

Casi 3, Guariti 1, Morti 2, Mortalità 66,66 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 2, Guarito 1, Morto 1.

Occlusione duodeno-digiunale: 1, Morto 1.

Cause di morte; nell'operato per cancro la morte avvenne per marasma, 15 giorni dopo l'atto operativo. Nell'operato per occlusione duodeno-digiunale si ebbe il decesso al 3° giorno per *shoc*; il malato entrò all'ospedale in condizioni gravissime, e quasi disperate: l'autopsia dimostrò che il duodeno ed il piloro erano enormemente dilatati fino al legamento di TREITZ, mentre il digiuno era vuoto ed afflosciato.

Metodo operativo:

M. HACHIER: Casi 3, Guariti 1, Morti 2.

Gastrolusi e cloronarcosi.

Preferisce il metodo von HACHER, e, malgrado abbia usato sempre il bottone, si propone per l'avvenire di adottare la sutura.

Esiti remoti: l'operato per cancro sopravvisse 10 mesi con buona funzionalità gastrica, e morì di cachessia.

Dott. Mattòli A. — *Ospedale Civile di Tolentino.*

Casi 17, Guariti 17, Mortalità 0%.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 1, Guarito 1.

Les benigne: 16, Guariti 16.

Sten. pil. cicatr.: 7.

Piloro-duoden. tub.: 2.

Ulcera del duodeno: 1.

Stomaco e clepsidra: 2

Gastroptosi, gastroect, ecc.: 4

Metodo operativo:

M. WÖFLER: Casi 4.

M. HACKER: Casi 12.

M. MATTOLI: Caso 1.

Letteratura:

MATTOLI A. — Di una gastro-enterostomia per stenosi pilorica cicatriziale, *Gazz. degli Osp. e delle Clin.*, 1895, n. 156.

Lo STESSO. — A proposito di due nuovi casi di stenosi pilorica curati con la gastro-enterostomia. *Atti dell'Acc. Med. Chir. di Perugia*, volume XI, fasc. 2, 1899.

Lo STESSO. — Ventidue mesi di chirurgia operativa a Vetralla, Perugia, 1896.

Prof. Mazzoni G. — *Ospedali di Roma.*

Casi 29, Guariti 23, Morti 6, Mortalità 20,69%.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 20, Guariti 15, Morti 5, Mortalità 25%.

Les benigne: 9, Guariti 8, Morti 1, Mortalità 11,11%.

Sten. pil. cicatr.: 9.

Cause di morte: in un caso di sten. pilor. cicatr. la morte si ebbe per collasso 22 ore dopo l'atto operativo: in due operati per

canero, uno col metodo WÖLFLEER e l'altro col metodo DOYEN, la morte avvenne per circolo vizioso: in un operato per canero si ebbe peritonite settica e morte per insufficienza della sutura.

Metodo operativo :

- M. WÖLFLEER: 2, Morti 2.
- M. DOYEN: 7, Guariti 5, Morti 2.
- M. HACKER: 4, Guariti 4.
- M. ROUX: 6, Guariti 6.
- M. BASTIANELLI. 1, Guarito 1.
- M. HACKER BRAUN: 5, Guariti 3, morti 2.

Si fece sempre la lavanda gastrica: così pure si praticarono sempre generose ipodermoclisi per rialzare le forze del malato. Si adottò l'anestesia cloroformica: nei casi gravissimi si continuò l'anestesia con l'etere.

L'A. preferisce i metodi di gastro - enterostomia posteriore. Per la gastro - enteroanastomosi usa in genere il bottone di MURPHY: per l'entero - enteroanastomosi laterale (quando è necessaria) adopera sempre la sutura, perchè facile e rapida quanto l'applicazione del bottone. In riguardo al bottone stesso, una sola volta, in un caso di sten. pil. cicatr., si ebbero disturbi gravi fino a che il bottone non fu caduto, cosa di cui si accorse la malata la quale ebbe a sentire come uno strappo.

In due casi di gastro - enterostomia antecolica, si ebbe la morte degli operati per fatti di circolo vizioso.

Esiti remoti: la media di sopravvivenza negli operati per canero è di circa 10-12 mesi. Negli operati per lesioni benigne l'esito funzionale si mantiene perfetto.

Letteratura :

Prof. GAETANO MAZZONI. — Resoconto statistico-clinico della sezione chirurgico-ginecologica dell'Arcispedale femminile del SS. Salvatore in Laterano (giugno 1891-giugno 1899). Roma, 1901, pag. 62-74.

Dott. Minucci P. — *Ospedale Maestri di Torrita.*

Caso 1, Guarito 1.

Stenosi pilorica cicatriziale. Gastro - enterostomia transmesocolica posteriore alla VON HACKER. Guarigione, esito funzionale perfetto.

Dott. Mischi A. — Ospedale Civile di Cesena.

Casi 5, Guariti 5, Mortalità 0.

Indicazioni ed esiti immediati :

Sten. pil. cicatr. : 4, Guariti 4.

Piloro - duodenite tubercolare : 1, Guarito 1.

Metodo operativo :

M. WÖLFLE : 1.

M. HACKER : 4.

Praticò sempre la gastrolusi e la narcosi morfo - cloroformica.
Preferisce il metodo VON HACKER ed il bottone di MURPHY, del quale non ebbe mai inconvenienti. Non ebbe mai a lamentare fatti di circolo vizioso.

Esiti remoti: favorevoli in tutti i casi.

Prof. Monguidi C. — Ospedale Maggiore di Parma.

Casi 14, Guariti 10, Morti 4, Mortalità 28,57 %.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro : 9, Guariti 6, Morti 3.

Les. benigne : 5, Guariti 4, Morti 1.

Sten. pilor. cicatr. : 2, Guariti 2.

Ulcera e sten. del duodeno : 1, Morto 1.

Gastroectasia, dispepsia : 1, Guarito 1.

Cause di morte : 1 volta l'ingincchiamento dell'ansa efferente, 2 volte il collasso, 1 volta (ulcera duodenale) la pleuro-pneumonia constatata all'autopsia.

Metodo operativo :

M. WÖLFLE : caso 1, Morto 1.

M. HACKER : casi 9, Guariti 7, Morti 2.

M. ROUX : casi 3, Guariti 2, Morto 1.

M. MATTOLI ; caso 1, Guarito 1.

La *gastrolusi* si fece quasi sempre precedere all'intervento: narcosi cloroformica, previa iniezione morfina.

Preferisce il metodo VON HACKER e la sutura continua a 2 o 3 piani. Nei due casi operati alla ROUX si servì del bottone per l'anastomosi digiuno-digiunale.

Negli operati alla VON HACKER si verificò quasi costantemente

vomito biliare, nei primi giorni dopo l'atto operativo: mai negli operati col metodo ROUX e metodo MATTÒLI.

In un caso operato secondo VON HACKER si associò la gastroplasticatio alla gastro-enterostomia.

Esiti remoti: la media di sopravvivenza, negli operati per cancro, fu di circa un anno. In una operata per sten. pil. cicatriziale (metodo HACKER), essendosi rinnovato il vomito, si praticò successivamente una entero-enterostomia. Il successo funzionale si mantiene perfetto negli altri operati.

Dott. Moreschi A. — Ospedale di Recanati.

Casi 9, Guariti 8, Morti 1, Mortalità 11,11%.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 2, Guariti 2.

Les. benigne: 7, Guariti 6, Morto 1.

Sten. pil. cicatr.: 4, Guariti 3, Morti 1.

Piloro-duodenite tuber.: 1.

Ulcera gastrica in alto: 2.

Cause di morte: ?

Metodo operativo:

M. HACKER: 9, Guariti 8, Morti 1.

Gastrolusi. — Cloronarcosi.

Preferisce il metodo HACKER ed usa sempre la sutura. Mai circolo vizioso.

Esiti remoti: la sopravvivenza media negli operati per cancro fu di circa otto mesi. Nelle stenosi benigne il successo funzionale perdura dopo molti anni.

Prof. Mugnai A. — Ospedale Civile di Arezzo.

Casi 7, Guariti 6, Morti 1, Mortalità 14,28%.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 3, Guariti 2, Morto 1.

Les. benigne: 4, Guariti 4.

Sten. pilor. cicatr.: 4.

Cause di morte: nell'unico caso la morte fu dovuta all'esaurimento, per le pessime condizioni generali dell'infermo.

Metodo operativo :

M. WÖFLER (MUGNAI) : Casi 7, Guariti 6, Morti 1.

La gastrolusi fu praticata solo nei casi in cui l'infermo vi era abituato per cure precedenti : si usò sempre la narcosi cloroformica.

Preferisce l'anastomosi antecolica alla WÖFLER, col proprio metodo *in due tempi* (vedi a pag. 92) : invece dei lacci di seta adotta ora il filo elastico, per ottenere l'apertura delle mucose viscerali in 2° tempo.

Non ha mai adoperato il bottone di MURPHY, e non ebbe ad osservare disturbi da circolo vizioso.

Esiti remoti : la media di sopravvivenza, negli operati per cancro, fu assai breve. Il successo si mantiene buono negli operati per lesioni benigne.

Letteratura :

MUGNAI A. — Nuovo processo di gastro-enterostomia. *Archivio ed Atti della Soc. Ital. di Chir.*, 1899, p. LVII.

Lo STESSO. — *La Clinica chirurgica*, n. 1, 1900.

Dott. Orecchia C. — Ospedale Civile di Massa Carrara.

Casi 6, Guariti 4, morti 2, Mortalità 33,33 %.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro : 4, Guariti 2, morti 2.

Les. benigne : (sten. pil. cicatr.) : 2, Guariti 2.

Cause di morte : in un caso operato alla WÖFLER il circolo vizioso, in un altro l'inanizione.

Metodo operativo :

M. WÖFLER : 3, Guariti 1, Morti 2.

M. HACKER : 3, Guariti 3.

Si praticò sempre la gastrolusi e la cloronarcosi.

Preferisce il metodo VON HACKER con la sutura : in 2 casi applicò il bottone MURPHY senza inconvenienti.

Esiti remoti : la media di sopravvivenza negli operati per cancro fu di mesi 8 : nei due operati per lesione benigna il successo funzionale si mantiene perfetto.

Prof. Parlavecchio G. — Ospedali di Roma.

Casi 4, Gaariti 3, Morti 1, Mortilità 25%.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro: 3, Guariti 2, Morti 1.

Piloro-duodenite tuberculare: 1, Guarito 1.

Cause di morte: una carcinomatosa, operata col metodo BASTIANELLI, morì di *shoc*, dopo 24 ore: era vecchia e debolissima.

Metodo operativo :

M. HACKER: Casi 2, Guariti 2.

M. BASTIANELLI: Caso 1, Morto 1.

M. PARLAVECCHIO: Caso 1, Guarito 1.

Non praticò mai la gastrolusi ed operò nella narcosi cloroformica.

Preferisce il metodo VON HACKER, con la sutura e la modificazione per rendere l'orificio valvolare. Operò un caso col processo proprio (strozzamento con sutura a catena dei dischi di mucosa gastrica ed intestinale — vedi a pag. 90).

Esiti remoti: gli operati furono perduti di vista.

Letteratura :

Prof. TOPAI e PARLAVECCHIO G. — *Bollettino della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma*, a. XIX, I, 1899.

Prof. Parona F. — Ospedale di Novara.

Casi 24, Guariti 21, Morti 3, Mortalità 12,50%.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro: 15, Guariti 12, Morti 3.

Les. benigne: 9, Guariti 9.

Sten. pil. cicatr.: 8.

Ulcera gastr. in atto: 1.

Cause di morte: lo *shoc*.

Metodo operativo :

M. WOLFLER: 24, Guariti 21, Morti 3.

Gastrolusi. — Cloronarcosi.

Preferisce il metodo WOLFLER non avendo mai osservato disturbi da circolo vizioso. In otto casi si adottò la sutura, in sedici il bottone di MURPHY. Il bottone stesso non ha mai dato luogo ad inconvenienti nella gastro enteroanastomosi, ma, in un caso di resezione

del tenue, un fagiuolo determinò l'occlusione del foro centrale, causando la morte dell'operato.

Esiti remoti: mancano notizie degli operati.

Dott. Parrozzani A. — Ospedale di Roma.

Caso 1, Guarito 1.

Stenosi pilorica cicatriziale. Gastro-enterostomia col metodo Roux, mediante due bottoni di MURPHY. Guarigione, esito funzionale completo.

Dott. Pasca B. — Ospedali di Roma.

Casi 8, Guariti 7, Morto 1, Mortalità 12,50%.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 3, Guariti 2, Morto 1.

Les. benigne: 5, Guariti 5.

Sten. pil. cicatr.: 4.

Sten. pil. da cause estrinseche: 1.

Cause di morte: lo *shoc*.

Metodo operativo:

M. DOYEN: 8, Guariti 7, Morto 1.

Gastrolusi in tutti i casi: in 7 la narcosi cloroformica, in 1 l'anestesia locale con cocaina e cloruro d'etile.

Preferisce il metodo DOYEN e la sutura. Dovendo usare il metodo Roux, adotterebbe due bottoni di MURPHY. In un solo caso ebbe a notare, nei primi giorni, rigurgito di bile.

Esiti remoti: la media di sopravvivenza negli operati per cancro fu di mesi sette; successo duraturo nei casi di lesioni benigne.

Letteratura:

Dott. PASCA B. — Società Lancisiana degli Ospedali di Roma. *Suppl. Policlinico*, anno II, n. 16, p. 320, 1896.

Dott. Porta C. — Ospedale Civile di Lonigo.

Casi 14, Guariti 11, Morti 3, Mortalità 21,42%.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro : 3, Guariti 1, Morti 2.

Les. benigne : 11, Guariti 10, Morti 1.

Sten. pilor. cicatr. : 8, Guariti 8.

Ulcera in atto : 1, Morto 1. ^c

Gastroptosi, gastroclasia ecc. : 2, Guariti 2.

Cause di morte: in due operati per cancro lo *shoc*. Nell' operata per ulcera gastrica in corso di evoluzione, si ebbe la morte, tre mesi dopo l'atto operativo, per perforazione dell'ulcera, a 10 centimetri circa dal neopiloro.

Metodo operativo :

M. HACKER : 14, Guariti 11, Morti 3.

Di regola non si praticò la gastrolusi. In 12 casi si usò la narcosi cloroformica : in uno l'analgesia locale cocainica.

Preferisce il metodo von HACKER, usando per la dieresi il laccio elastico (metodo proprio, vedi a pag. 92).

Non ebbe mai a notare disturbi da circolo vizioso.

Esiti remoti: buonissimi in tutti gli operati per lesioni benigne. Una donna, affetta da stenosi pilorica spastica (HAYEM), già operata senza vantaggio di gastropessia, guarì completamente con la gastro-enterostomia. In due casi alla gastro-enteroanastomosi si associò la entero-enterostomia sempre per mezzo del laccio elastico.

Letteratura :

Dott. C. PORTA. — Un altro metodo di gastro-enterostomia. *Arch. ed Atti della Soc. Ital. di Chir.*, a. XIV, XIII ad., 1899, p. 8.

Lo STESSO. — Nuovo contributo clinico-sperimentale ad — Un altro metodo pratico di gastro-enterostomia col laccio elastico. — *Bollettino dell'Assoc. Sanit. Milan.*, n. 11-12, nov.-dic. 1899.

Prof. Postempski P. — Ospedali di Roma.

Casi 13, Guariti 10, Morti 3, Mortalità 23,07 %.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro : 2, Guariti 2.

Les. benigne - Sten. pilor. cicatr. : 11, Guariti 8, Morti 3.

Cause di morte : in tutti i 3 casi, operati col metodo Roux, la bronco-pulmonite.

Metodo operativo :

M. DOYEN : 6, Guariti 6.

M. ROUX : 7, Guariti 4, Morti 3.

Si praticò quasi sempre la gastrolusi prima dell'intervento.

Fu impiegato il cloroformio nella più parte dei casi, in alcuni l'anestesia locale (iniez. di SCHLEICH e cloruro d'etile), in altri la rachicocainizzazione.

A seconda dei casi, preferisce il metodo DOYEN o ROUX: per l'operazione di DOYEN usa la sutura, per quella di ROUX il bottone di MURPHY tipico, ritenendo tutte le modificazioni inferiori all'originale: adopera sempre due bottoni. Una sola volta, in una operata alla DOYEN, il bottone non fu emesso; questo peraltro non procurò alcun danno.

Esiti remoti: la media di sopravvivenza dei due operati per cancro fu di mesi cinque. In tutti gli altri operati l'esito funzionale fu ottimo.

Letteratura :

Prof. POSTEMPSKI P. — Gastro-enterostomia per cancro del piloro. *Arch. ed Atti della Soc. Ital. di Chir.*, 1888, p. 29, 5^a Ad. in Napoli.

Lo STESSO. — Chirurgia dello stomaco e del duodeno. *Arch. ed Atti della Soc. Ital. di Chir.*, 8^a Ad., 1891, pag. 370.

Lo STESSO. — Gastro-enterostomia alla DOYEN per stenosi pilorica funzionale. *Bollett. della R. Accad. Med. di Roma*, 1896, pag. 253.

Lo STESSO. — Contributo alla chirurgia stomacale e intestinale e gastro-enterostomia e digiunostomia alla ROUX con due bottoni di MURPHY. *Bollett. della R. Accad. Med. di Roma*, a. XXIV, 1898, p. 465.

Dott. Raffa A. — Ospedale Civile di Vicenza.

Casi 11, Guariti 6, Morti 5, Mortalità 45,45 %.

Indicazioni ed esiti immediati : P

Cause di morte : ?

Metodo operativo :

M. WÖFLER : Casi 9, Guariti 5, Morti 4.

M. HACKER : Casi 2, Guarito 1, Morto 1.

Si praticò sempre la gastrolusi e la narcosi cloroformica: in due casi la narcosi eterea.

Preferisce il metodo HACKER con la sutura, però ebbe pure buoni

risultati col laccio elastico: non adoperò mai alcun genere di bottone, e non ebbe a verificare fatti di circolo vizioso.

Letteratura:

Dott. RAFFA A. — La dieresi col laccio di gomma elastica nelle anastomosi delle vie digerenti. *La clinica chirurgica*, 1899, n. 11.

Lo STESSO. — Relazione statistica-sanitaria del Riparto Chirurgico dell'ospedale civile di Vicenza, a. 1900.

Prof. Remedi V. — Cliniche di Siena e di Cagliari.

Casi 9, Guariti 9, Morti 0, Mortalità 0 %:

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 5, Guariti 5.

Les. benigne: 4, Guariti 4.

Sten. pil. cicatr.: 4.

Metodo operativo:

M. WÖLFLE: Casi 4, Guariti 4.

M. HACKER: Casi 5, Guariti 5.

Non si praticò la gastrolusi. Narcosi cloroformica, previa iniezione morfina.

Preferisce il metodo von HACKER e la sutura: adoperò una sola volta il bottone MURPHY che venne espulso in 14^a giornata; non ebbe mai a verificare disturbi da circolo vizioso.

Esiti remoti: la media di sopravvivenza negli operati per cancro fu di mesi 9.

Dott. Ricci G. B. — Ospedale Civile di Sinigaglia.

Casi 4, Guariti 3, Morti 1, Mortalità 25 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 2, Guariti 2.

Les. Benigne: 2, Guarito 1, Morto 1.

Sten. pilor. da cause estrinseche: 1, Guarito 1.

Gastroectasia, dispepsia ecc.: 1, Morto 1.

Cause di morte: l'unico caso di morte si ebbe dopo un mese, per inanizione.

Metodo operativo :

M. ROUX: casi 4, Guariti 3, Morti 1.

Gastrolusi: narcosi morfo-cloroformica.

Preferisce il metodo ROUX ed il bottone piccolo di MURPHY, mercè il quale l'operazione è facile, sollecita, e dà, secondo l'A., eguali risultati della sutura. A carico del bottone ha avuto a notare dolori colici espulsivi che avvengono in genere dopo il 10° giorno: nel caso terminato con la morte, continuando, 20 giorni dopo la gastro-enterostomia, il vomito, anche di sostanze fecaloidi, intervenne nuovamente con la gastrotomia, togliendo il bottone che era libero nello stomaco: il malato morì 10 giorni più tardi per inanizione. « L'autopsia dimostrò che il lume intestinale del tenue era notevolmente ristretto e che il bottone non poteva passare ».

Esiti remoti: la sopravvivenza media dei due operati per cancro fu di 10 mesi circa, mentre il risultato si mantiene ottimo, dopo tre anni, nell'altro operato.

Dott. Rosi U. — Ospedale Civile di Viterbo.

Casi 6, Guariti 6, Morti 0, Mortalità 0 %.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro: 2, Guariti 2.

Les. benigne: 4, Guariti 4.

Sten. pilor. cicatr.: 2.

Ulcera gastr. in atto: 1.

Dispepsia grave: 1.

Metodo operativo :

M. HACKER: 6, Guariti 6.

La gastrolusi fu praticata una volta. In cinque casi usò la narcosi cloroformica, in uno l'anestesia locale col cloruro d'etile.

Preferisce il metodo HACKER ed il bottone di MURPHY che impiegò in tutti i casi, senza inconvenienti. Due volte ebbe a constatare disturbi transitori da regurgito.

Esiti remoti: I due operati per cancro morirono un mese circa dopo l'atto operativo: l'operato per dispepsia grave morì 45 giorni dopo per diarrea colliquativa. Godono perfetta salute gli operati per stenosi pilorica cicatriziale ed ulcera gastrica.

Prof. Rossi U. — Ospedale Civile di Spoleto.

Casi 2, Guariti 2.

Indicazioni ed esiti immediati.

Cancro: 1.

Gastroectasia, ipercloridria: 1.

Adottò una volta il metodo WÖLFLEK ed un'altra il metodo von HACKER, sempre con sutura.

L'operato per cancro sopravvisse circa tre mesi, l'altro gode tuttora ottima salute.

Letteratura :

ROSSI U. — Studio sperimentale sul processo di gastro-enterostomia rapido del PORTA. *Arch. ed Atti della Soc. Ital. di Chir.*, a. XV, 1900, p. 186.

Dott. Rostirolla A. — Ospedale Civile di Trento.

Casi 6, Guariti 5, Morti 1, Mortalità 16,66 %.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro: 2, Guariti 1, Morto 1.

Les. benigne: 4, Guariti 4.

Sten. pil. cicatr.: 3.

Piloro-duodenite tuber.: 1.

Cause di morte: un canceroso morì in 3ª giornata per perforazione della parete anteriore dello stomaco (si era praticata la gastro-enterostomia posteriore).

Metodo operativo :

M. HACKER: 6, Guariti 5, Morti 1.

Si fece sempre precedere la gastrolusi con soluzione salina o borosalicilica. In 4 casi si usò la cloronarcosi, previa iniezione di codeina: in due casi bromuri per clistere, iniezione codeina e anestesia co-cainica sulla linea d'incisione cutanea.

Preferisce il metodo transmesocolico e la dieresi con laccio elastico (PORTA).

Solo in un caso ebbe ad osservare transitoriamente disturbi da rigurgito.

Esiti remoti: un caso di *stenosi cancerosa* è stato operato recentemente. I tre operati per *stenosi pilorica cicatriziale* stanno be-

nissimo e sono cresciuti notevolmente di peso. L'esito funzionale si mantiene buono anche nell'operato per *piloro duodenite tubercolare*.

Prof. Salvia E. — *Ospedale Clinico Gesù e Maria di Napoli.*

Casi 3, Guariti 2, Morti 1, Mortalità 33,33 %.

Sten. pil. cicatr.: 3, Guariti 2, Morti 1.

Cause di morte: nell'unico caso lo *shoc*.

M. DOYEN: casi 3, Guariti 2, Morti 1.

All'atto operativo si fece sempre precedere la gastrolusi con acqua sterile leggermente alcalinizzata. Narcosi cloroformica.

Preferisce il metodo DOYEN con la sutura. Non ebbe mai a lamentare fatti di circolo vizioso.

Esiti remoti: nei due infermi sopravvissuti l'esito funzionale si mantiene ottimo.

Dott. Santovecchi R. — *Ospedale di Umbertide.*

Casi 2, Guarito 1, Morto 1, Mortalità 50 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 1, Morto 1.

Ulcera e stenosi del duodeno: 1, Guarito 1.

Cause di morte: lo *shoc*, in un carcinomatoso operato di gastro-duodenostomia (?).

Metodo operativo:

M. HACKER: 1, Guarito 1.

Gastro-duodenostomia: 1, Morto 1.

Si praticò la gastrolusi e la narcosi cloroformica. Preferisce il metodo VON HACKER e la sutura.

Esiti remoti: l'operato per ulcera e stenosi duodenale, quattro anni dopo la subita operazione, gode discreta salute, quantunque i disturbi non siano stati del tutto vinti.

Dott. Schena A. — *Ospedale Morelli-Bugna di Villafranca Veronese.*

Casi 7, Guariti 4, Morti 3, Mortalità 42,85 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 3, Guariti 1, Morti 2.

Sten. pil. cicatr.: 4, Guariti 3, Morti 1.

Cause di morte: ?

Metodo operativo:

M. HACKER: 7, Guariti 4, Morti 3.

Praticò in 6 casi la gastrolusi e la narcosi cloroformica.

Preferisce il metodo HACKER ed il bottone di MURPHY che in due casi è rimasto nello stomaco. In un operato ebbe gravi fenomeni di circolo vizioso per cattiva posizione dell'ansa efferente, e dovette praticare una entero-enteroanastomosi col bottone.

Esiti remoti: l'operato per cancro sopravvisse 6 mesi; negli altri 3 casi il risultato si mantiene buono.

Dott. Schiassi B. — Ospedale di Budrio.

Casi 16, Guariti 11, Morti 5, Mortalità 31,25%.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 5, Guarito 1, Morti 4.

Les. benigne: 11, Guariti 10, Morto 1.

Sten. pil. cicatr.: 9, Guariti 8, Morto 1.

Ulcera gastr. in atto: 2, Guariti 2.

Cause di morte: in un operato per sten. pilor. cicatr. la morte si ebbe per peritonite settica: la sutura era stata fatta con catgut ed i fenomeni peritoneali seguirono ad un disordine dietetico.

Metodo operativo:

M. HACKER: 9, Guariti 5, Morti 4.

M. ROUX: 7, Guariti 6, Morti 1.

Non si praticò mai la gastrolusi: narcosi cloroformica.

Preferisce il metodo Roux, quando l'infermo non sia estremamente deperito. Adotta la sutura con seta, a tre strati, a filo continuo, con qualche punto di arresto. Una volta ebbe a lamentare circolo vizioso in un'operata alla HACKER; si rimediò con una entero-enteroanastomosi alla BRAUN.

Esiti remoti: L'operato per cancro sopravvisse 6 mesi. La guarigione si mantiene perfetta in tutti gli operati per stenosi benigne.

Dott. Seganti A. — Ospedale Civile di Fermo.

Casi 7, Guariti 3, Morti 4, Mortalità 57,14 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 4, Morti 4.

Les. benigne: 3, Guariti 3.

Sten. pil. cicatr.: 2.

Ulcera in alto: 1.

Cause di morte: 2 cancerosi morirono per peritonite settica (bottone); un 3° morì, dopo 30 giorni, per ascesso retrogastrico, formatosi subdolamente; un 4° morì per fatti di circolo vizioso.

Metodo operativo:

M. WÖFLER: 3, Guarito 1, Morti 2.

M. HACKER: 4, Guariti 2, Morti 2.

Gastrolusi. — Narcosi cloroformica.

Preferisce il metodo HACKER e la sutura. Adoperò il bottone MURPHY in 2 casi, ed in ambedue si ebbe necrosi del cercine compresso tra le due metà del bottone, perforazione e peritonite settica. In un caso, operato alla WÖFLER, gravi fatti di circolo vizioso condussero a morte l'operata.

Esiti remoti: nei tre operati per lesioni benigne, il successo si mantiene perfetto.

Prof. Sorge G. — Ospedale Clinico Gesù e Maria di Napoli.

Caso 1, Guarito 1.

Gomma sifilitica del piloro. Gastro-enterostomia antecolica alla DOYEN, con sutura. Guarigione, esito funzionale ottimo.

Dott. Tacchi G. — Ospedale di S. Lazzaro in Gualdo Tadino.

Casi 6, Guariti 6, Mortalità 0 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Les. benigne: 6, Guariti 6.

Sten. pil. cicatr.: 3.

Gastroectasia, dispepsia ecc.: 1.

Ulcera e sten. del duodeno; 2.

Metodo operativo:

M. HACKER: 3, Guariti 3.

M. ROUX: 3, Guariti 3.

Esiti remoti: il risultato si mantiene perfetto in tutti gli operati.

Letteratura:

Dott. TACCHI G. — Resoconto statistico per la Sezione Chirurgica dell'ospedale civile di S. Lazzaro in Gualdo Tadino. Perugia, Unione Tip. Coop., 1901, pag. 64-65, 66-67, 68-69.

Dott. Tosi A. — Ospedale Civile di Asti.

Caso 1. Guarigione operatoria.

Carcinoma. Gastro-entorostomia alla VON HACKER col bottone di MURPHY. Morte dopo 25 giorni per cachessia.

Prof. Tricomi E. — Clinica Chirurgica della Università di Messina.

Casi 76, Guariti 68, Morti 8, Mortalità 10,53%.

Indicazioni ed esiti immediati:

- Cancro: 9, Guariti 7, Morti 2, Mortalità 22,22%.
- Les. benigne: 67, Guariti 61, Morti 6, Mortalità 8,98%.
- Sten. pilor. cicatr.: 16, Guariti 15, Morti 1.
- Gastrorragia da ulcera semplice: 2, Guariti 1, Morti 1.
- Ulcera gastr. perforata: 1, Morto 1.
- Ulcera gastr. in atto: 31, Guariti 30, Morti 1.
- Ulcera e sten. del duodeno: 5, Guariti 3, Morti 2.
- Stomaco a clepsidra: 4, Guariti 4.
- Gastroptosi, gastroectasia, dispepsia; 6, Guariti 6.
- Perigastrite adesiva: 1, Guariti 1.
- Malattia di REICHMANN: 1, Guariti 1.

Cause di morte: in 2 casi la peritonite acuta da perforazione, perchè la necrosi del cercine oltrepassò il limite del bottone.

Metodo operativo:

- M. WÖLFLE: 20, Guariti 19, Morti 1.
- M. HACKER: 1, Morto 1.
- M. ROUX: 55, Guariti 49, Morti 6.

La gastrolusi fu praticata in quasi tutti i casi.

In 9 casi fu praticata l'anestesia locale col cloruro d'etile: negli altri, ora la narcosi clorofornica sola, ora la morfiochloronarcosi.

Il prof. TRICOMI preferisce il metodo ad Y del ROUX di Losanna, che egli pratica con due bottoni di MURPHY n. 4. In una gastro-enterostomia alla WOLFLER in cui fece uso del bottone ovale del MURPHY, questo cadde nello stomaco, e, dopo 6 mesi, dovette rimuoverlo mediante gastrotomia: in un altro caso, nell'eseguire la digiuno-digiunostomia (2^a anastomosi del metodo ad Y) le due metà del bottone non poterono essere articolate, perchè forse con la ebollizione si erano alterate, e dovette rimuoverlo, applicando un altro bottone.

Su 20 casi operati alla WOLFLER, in 14 fu adottata la sutura ed in 6 il bottone.

Ebbe a constatare notevoli disturbi da circolo vizioso in parecchi operati alla WOLFLER, mai negli operati alla ROUX.

Esiti remoti: su 9 operati per cancro, in due casi la morte avvenne dopo 5-8 giorni, in 3 dopo 30-40 giorni, in 1 dopo 7 mesi, in 1 dopo 9 mesi: di un operato non si hanno notizie.

Letteratura:

Prof. TRICOMI E. — Contributo clinico al processo ROUX nella gastro-enterostomia. *Arch. ed Atti della Soc. Ital. di Chir.*, a. XIV, 1899, p. 182.

Lo STESSO. — La cura radicale dell'ulcera semplice gastrica in corso di evoluzione. *Arch. ed Atti della Soc. Ital. di Chir.*, XIII Ad, 1899, pagina 241.

Lo STESSO. — Contributo clinico alla gastro-enterostomia. *Il Policlinico*, 1900, *Sez. Chir.*, pag. 301.

Lo STESSO. — Contributo alla patologia ed alla cura chirurgica dell'ulcera semplice duodenale. — I Congresso Med. Siciliano, *Il Policlinico*, *sez. prat.*, pag. 1069, anno 1902.

Dott. Turazza G. — Ospedale Civile di Verona.

Casi 3, Guariti 1, Morti 2, Mortalità 66,66 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Les. benigne: 3, Morti 2, Guarito 1.

Piloro-duodenite tubercolare: 2, Morti 2.

Sten. pil. cicatr.: 1, Guarito 1.

Cause di morte: in entrambi i casi l' inanizione.

Metodo operativo:

M. WOLFLER: 3, Guariti 1, Morti 2.

Si praticò sempre la gastrolusi e la cloronarcosi.

Preferisce il metodo WÖLFLE e la sutura.

Esiti remoti: l'operato per stenosi pilorica cicatriziale ha raddoppiato addirittura il peso del corpo; l'esito funzionale si mantiene perfetto dopo circa due anni.

Dott. Turreta A. — *Ospedale di S. Antonio, Trapani.*

Casi 6, Guariti 4, Morti 2, Mortalità 33,33 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 3, Guariti 2, Morto 1.

Les. benigne: 3, Guariti 2, Morto 1.

Piloro-duodenite tubercolare: 2, Guarito 1, Morto 1.

Ulcera gastrica in atto: 1, Guarito 1.

Cause di morte: in un operato alla WÖLFLE il circolo vizioso: in un operato alla DOYEN, il vomito ostinato per torsione del ventricolo (?).

Metodo operativo:

M. WÖLFLE: Caso 1, Morto 1.

M. DOYEN: Casi 2, Guarito 1, Morto 1.

M. ROUX: Casi 2, Guariti 2.

Praticò sempre la gastrolusi e la cloronarcosi. Preferisce il bottone di MURPHY ed il metodo ROUX.

Esiti remoti: non può stabilire, perchè mancano notizie di un operato, la media di sopravvivenza negli operati per cancro, che variò da due a più mesi. Il successo si mantiene buono nell'operato per ulcera gastrica.

Prof. Velo. — *Ospedale Civile di Venezia.*

Casi 13, Guariti 9, Morti 4, Mortalità 30,77 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 9, Guariti 6, Morti 3.

Les. benigne: 4, Guariti 3, Morti 1.

Sten. pil. cicatr.: 1, Guarito 1.

Ulcera gastrica in atto: 2, Guarito 1, Morto 1.

Gastro-ectasia, dispepsia: 1, Guarito 1.

Cause di morte: 3 volte lo *shoc*, 1 volta la cachessia cancerigna.

Metodo operativo :

M. WOLFLER : Casi 7, Guariti 5, Morti 2.

M. HACKER : Casi 6, Guariti 4, Morti 2.

Prima dell'intervento si praticò sempre la gastrolusi con soluzione borica od acqua distillata : sempre la cloronarcosi con l'apparecchio d'ESMARCK.

Preferisce il metodo von HACKER con sutura continua a tre strati.

Prima del 1897 usava il bottone di MURPHY; ma lo ha abbandonato perchè spesso non veniva eliminato, e la funzionalità dell'anastomosi lasciava, qualche volta, a desiderare.

Rare volte e solo per pochi giorni ebbe a verificare disturbi dovuti a regurgito.

Esiti remoti: la media di sopravvivenza negli operati per cancro fu di otto mesi. Il risultato si mantiene buono negli operati per lesioni benigne.

Dott. Vincini L. — Ospedale Civile di Rimini.

Casi 21, Guariti 15, Morti 6, Mortalità 28,51%.

Indicazioni ed esiti immediati :

Cancro : 10, Guariti 5, Morti 5, Mortalità 50%.

Les. benigne : 11, Guariti 10, Morti 1, Mortalità 9,99%.

Sten. pil. cicatr. : 4, Guariti 4.

Piloro-duodenite tubercolare : 1, Guar. oper. 1.

Ulcera gastrica in atto : 1, Guarito 1.

Stomaco a clepsidra : 1, Guarito 1.

Gastroptosi, gastroectasia : 4, Guariti 3, Morto 1.

Cause di morte : negli operati per cancro, 1 volta il collasso, una volta il cattivo impianto (torsione) dell'ansa anastomizzata, nel 5° caso la peritonite per perforazione dell'intestino cagionata dal bottone di MURPHY. In un caso di enorme gastroectasia, di cui non era stato possibile determinare la causa, si ebbe morte in 25ª giornata per inanizione : non fu concessa la necroscopia.

Metodo operativo :

M. WOLFLER : Casi 3, Guarito 1, Morti 2.

M. HACKER : Casi 18, Guariti 14, Morti 4.

Si praticò quasi sempre la gastrolusi, per lo più la narcosi col cloroformio SCHOERING, qualche volta con l'etere.

Il dott. VINCINI preferisce il metodo di von HACKER e, in genere,

la sutura a punti staccati alla CZERNY, raramente la continua secondo la maniera di KOCHER: impiega eccezionalmente il bottone di MURPHY. In un operato alla WOLFLER, per stenosi pilorica cicatriziale, si ebbero disturbi da-rigurgito che si continuano ancora dopo 4 anni.

Esiti remoti: l'operato per piloro-duodenite tubercolare morì, dopo due mesi, con fenomeni di peritonite. La sopravvivenza media degli operati per cancro fu di circa 4 mesi (la gastro-enterostomia però non venne eseguita se non quando era possibile la resezione e persino la esportazione completa dello stomaco). In tutti gli altri casi si ebbe un esito funzionale ottimo e duraturo.

Dott. Zatti C. — Ospedale Civile di Todi.

Casi 14, Guariti 13, Morti 1, Mortalità 7,14 %.

Indicazioni ed esiti immediati:

Cancro: 4, Guariti 3, Morti 1.

Les. benigne: 10, Guariti 10.

Sten. pil. cicatr.: 1.

Piloro-duodenite tubercolare: 3.

Ulcera gastr. in atto: 1.

Stomaco a clepsidra: 1.

Gastroectasia, gastroplosi: 4.

Cause di morte: la morte avvenne in un caso in 12^a giornata per errore di tecnica, essendo stato interessato il colon con un punto nella chiusura del ventre.

Metodo operativo:

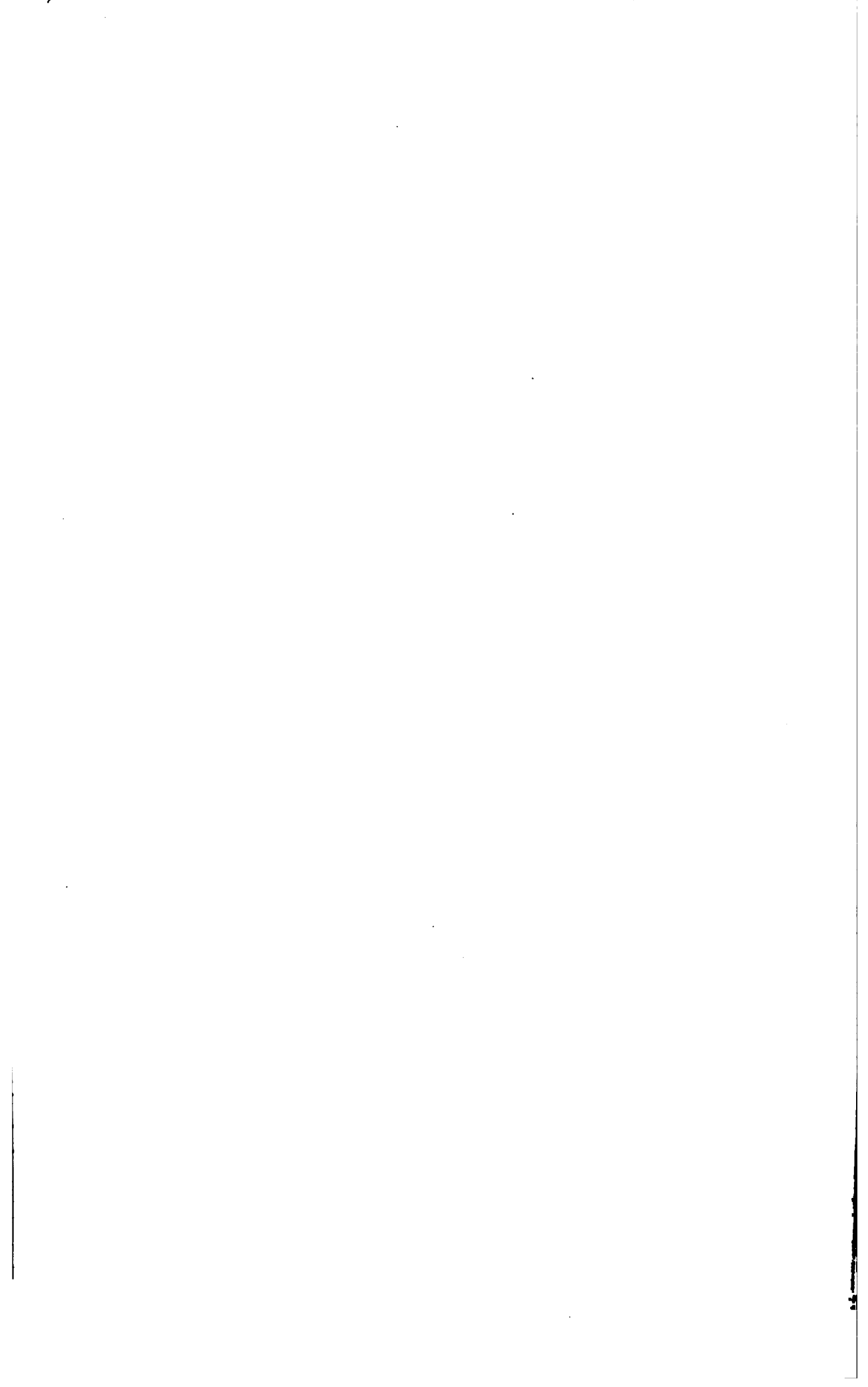
M. HACKER: Casi 14, Guariti 13, Morti 1.

La gastrolusi fu praticata, in circa la metà dei casi, dai medici curanti: si usò sempre la narcosi morfo-cloroformica.

Preferisce il metodo VON HACKER, sempre con la sutura. Non ha mai impiegato il bottone di MURPHY nella gastro-enteroanastomosi: una volta ebbe a rioperare una donna (già operata da altro chirurgo di entero-enteroanastomosi col bottone) presentando fenomeni di stenosi, con impedimento al circolo fecale. Negli operati, dopo i primi 4-5 giorni, scomparve ogni fenomeno di rigurgito.

Esiti remoti: la media di sopravvivenza negli operati per cancro fu di 17 mesi. In tutti gli altri casi l'esito ottimo permane da più anni.





INDICE - SOMMARIO



CAPITOLO I.	Pag. 5
Definizione. — Cenni storici. — Ricordi anatomici. — Preparazione del malato.	
CAPITOLO II.	» 29
OPERAZIONE: Anestesia. — Incisione della parete addominale. — Esplorazione e ricerca dell'ansa da anastomizzare. — Fissazione dello stomaco e dell'intestino, gastro-enterostasi. — <i>Modi di praticare l'anastomosi gastro-intestinale</i> : Anastomosi con la sutura. — Anastomosi con le placche. — Anastomosi col bottone.	
CAPITOLO III.	» 57
METODI OPERATIVI: Classificazione. — I. <i>Gastro-enterostomia anteriore</i> : Metodi e critica. — Osservazioni 1 ^a e 2 ^a . — II. <i>Gastro-enterostomia posteriore</i> : Metodi e critica. — Osservazione 3 ^a . — <i>Gastro-duodenostomia</i> : Metodi e critica.	
CAPITOLO IV.	» 85
METODI DI GASTRO-ENTEROSTOMIA INTESI A DIMINUIRE I PERICOLI D'INFEZIONE INERENTI ALL'APERTURA DELLE CAVITÀ VISCERALI. — a) <i>Gastro-enterostomia in due tempi</i> : Metodi e critica. b) <i>Gastro-enterostomia con apertura dei visceri a sutura compiuta</i> : Metodi e critica. Osservazione 4 ^a .	
CAPITOLO V.	» 111
CIRCOLO VIZIOSO O RIFLUSSO DOPO LA GASTRO-ENTEROSTOMIA. — Varietà, cause, importanza clinica del circolo vizioso. — Risultati sperimentali. — Risultati clinici: Osservazioni 5 ^a , 6 ^a e 7 ^a . — Frequenza del circolo vizioso nei diversi metodi operativi.	
CAPITOLO VI.	» 133
METODI OPERATIVI INTESI AD ELIMINARE IL PERICOLO DEL CIRCOLO VIZIOSO. — Critica dei metodi proposti. — <i>Gastro-enterostomia ad Y ad anastomosi laterale</i> : osservazione 8 ^a .	

CAPITOLO VII.	Pag. 155
Della scelta del metodo operativo. — Sutura o bottone? — Osservazione 9 ^a . — Trattamento postoperativo, complicanze della gastro-enterostomia. — Osservazione 10 ^a .	
CAPITOLO VIII.	» 185
INDICAZIONI DELLA GASTRO-ENTEROSTOMIA: Cancro pilorico: osservazione 11 ^a . — Stenosi pilorica cicatriziale. — Stenosi pilorica da cause estrinseche. — Sifilide del piloro, piloro-duodenite tubercolare: osservazione 12 ^a . — Stenosi congenita del piloro e del duodeno. — Ulcera gastrica in corso di evoluzione. — Ulcera e stenosi del duodeno: osservazione 13 ^a . — Stomaco a clepsidra: osservazione 14 ^a . — Gastropotosi, gastroectasia, dispepsie gravi: osservazioni 15 ^a , 16 ^a e 17 ^a .	
CAPITOLO IX.	» 239
RISULTATI DELLA GASTRO-ENTEROSTOMIA: <i>Risultati immediati</i> . — <i>Risultati remoti</i> . — Funzionalità e chimismo dello stomaco dopo la gastro-enterostomia. — Funzionalità intestinale, secrezione urinaria.	
CAPITOLO X.	» 253
STATISTICA ITALIANA DELLA GASTRO-ENTEROSTOMIA. — Risultati. — <i>Tavole statistiche riassuntive</i> : I. Quadro statistico generale della gastro-enterostomia in Italia; II. Risultati nelle lesioni benigne; III. Cause di morte; IV. Metodo WÖFLER; V. Metodo DOYEN; VI. Metodo VON HACKER; VII. Metodo ROUX.	
TABELLE STATISTICHE INDIVIDUALI	» 269
Agostinelli	» ivi
Amour	» 269
Antonelli.	» 270
Arcoleo	» ivi
Babacci	» ivi
Bastianelli	» 271
Bedeschi	» 272
Bendandi	» 273
Bigi.	» ivi
Biondi	» 274
Boari	» ivi
Bonara	» 275
Bufalini	» 276
Carle	» ivi
Casucci	» 278
Catellani.	» 279

Catterina.	<i>Pag.</i> 280
Cavazzani G.	» ivi
Cavazzani T.	» 281
Ceccherelli	» ivi
Codivilla.	» 282
Crespi	» 283
D' Antona	» 284
De Paoli.	» 285
De Sanctis	» 286
Di Bella	» ivi
Donati	» ivi
Durante	» 287
D' Urso	» 293
Fantino	» ivi
Farina	» 294
Ferrari A.	» ivi
Funmi	» 295
Garbarini	» ivi
Gardini	» ivi
Giannantoni	» 296
Giordano.	» ivi
Guarneri.	» 298
Lampiasi.	» ivi
Legnani	» 299
Manara	» ivi
Manega	» 300
Margarucci	» 301
Mariani	» ivi
Mattòli	» 302
Mazzoni	» ivi
Minucci	» 303
Mischi	» 304
Monguidi	» ivi
Moreschi.	» 305
Mugnai	» ivi
Orecchia	» 306
Parlavecchio	» ivi
Parona	» 307
Parrozzani	» 308
Pasca	» ivi
Porta	» ivi
Postempski	» 309
Raffa	» 310
Remedi	» 311
Ricci	» ivi
Rosi.	» 312
Rossi U.	» 313

Rostirolla	<i>Pag.</i> 313
Salvia	» 314
Santovecchi	» ivi
Schena	» ivi
Schiassi	» 315
Seganti	» 316
Sorge	» ivi
Tacchi	» ivi
Tosi	» 317
Tricomi	» ivi
Turazza	» 318
Turretta	» 319
Velo	» ivi
Vincini	» 320
Zatti	» 321



INDICE DEI NOMI PROPRI

- Abbe 44.
Adam 35.
Agopoff 52, 53.
Agostinelli 157, 268.
Albert 25, 39, 115, 130.
Alessandri 163, 165.
Amour 132, 170, 215, 268.
Angelberger 120.
- Bagozzi 63.
Baracz 44.
Bardenheuer 36.
Barker 37, 143.
Bastianelli 36, 86, 92, 97, 98, 162,
170, 209, 269.
Baudoin 232.
Beck 170.
Bedeschi 30, 215, 246, 270.
Betz 9.
Bier 31.
Bigi 36, 75, 157, 271.
Billroth 5, 6, 36, 58, 111, 187, 207,
208, 215.
Biondi 31, 170.
Bircher 232.
Boari 48, 49, 50, 51, 52, 53, 88,
89, 98, 168, 196, 197, 272.
Bond 209.
Bonomo 40, 61, 63, 66, 100, 108,
146.
Borner 33.
Bourbon 250.
- Bourget 24, 144.
Bouveret 221.
Bovreman 78.
Brandt 232.
Braun 78, 131, 140, 146, 157, 174,
181, 224, 215.
Brenner 64, 66, 165.
Briddon 34.
Brinton 205, 207.
Brokaw 44.
Brown 114.
Büdingen 220, 223, 224.
Busacchi 144, 156.
- Calori 9.
Caponotto 7.
Cardarelli 243.
Cardianoff 86.
Carle 26, 32, 38, 39, 40, 49, 59,
61, 84, 87, 111, 118, 131, 148,
156, 157, 159, 161, 162, 164, 169,
170, 171, 176, 193, 198, 209, 212,
215, 223, 224, 235, 240, 245, 246,
247, 274.
Casucci 132, 157, 170, 224.
Catellani 144, 156, 1⁶6, 223, 224,
277.
Catterina 31, 162, 224, 278.
Cavazzani G. 157, 170, 278.
Cavazzani T. 279.
Ceccherelli 9, 26, 31, 36, 63, 66,

- 115, 117, 119, 156, 170, 194, 209,
210, 211, 279.
- Ceci 52.
- Chaput 53, 54, 89, 98, 135, 140, 146,
165, 209.
- Chassagnac 138.
- Chavaunaz 177.
- Chiocci 106.
- Chlumsky 30, 78, 79, 83, 84, 95,
114, 115, 117, 120, 121, 122, 124,
128, 130, 131, 138, 157, 166, 167,
169, 240, 241, 245.
- Codivilla 25, 27, 29, 30, 33, 36, 38,
40, 60, 79, 112, 131, 156, 157,
158, 168, 170, 178, 187, 188,
197, 209, 215, 210, 280.
- Collin 214.
- Courmont 222.
- Courvoisier 5, 35, 57, 71, 80.
- Crespi 31, 157, 215, 216, 247.
- Cripps 167.
- Cruveilhier 9.
- Czerny 32, 35, 36, 37, 39, 40, 59,
115, 118, 130, 174, 175, 187, 207,
239, 245, 251.
- D'Antona 26, 94, 95, 144, 148, 150,
164, 166.
- Dastre 119.
- Davis 229.
- Dawnbarn 44.
- Debove 207.
- De Fine Licht 146.
- Defontaine 235.
- Deganello 247, 248.
- Delbet 132, 215.
- Demous 165.
- Depage 228.
- De Paoli 31, 215, 216, 283.
- Derocque 54.
- De Saltzer 208.
- De Sanetis 157, 284.
- Desfosses 169, 177.
- Dieulafoy 198, 209.
- Doyen 8, 9, 20, 36, 37, 40, 61, 62,
63, 65, 77, 78, 80, 81, 100, 108,
114, 131, 132, 134, 137, 140, 141,
147, 149, 156, 157, 158, 170, 208,
209, 215, 217, 222, 235.
- Donald 167.
- Dreydorff 245.
- Dubourg 34, 35, 37, 137, 145, 245.
- Dunin 212, 247, 250.
- Durante 26, 31, 36, 38, 72, 73, 74,
79, 114, 156, 157, 167, 169, 183,
186, 188, 192, 194, 195, 196, 197,
198, 199, 204, 205, 210, 215, 216,
232, 285.
- Duret 229.
- D'Urso 170, 291.
- Eck 101, 102.
- Einhorn 198.
- Eiselberg 36, 211, 212, 222, 225.
- Elder 224.
- Ewald 222, 249.
- Fantino 47, 79, 77, 111, 112, 118,
131, 170, 175, 176, 193, 212, 235,
247, 248, 249, 250, 251, 291.
- Farina 157, 292.
- Faure 135.
- Ferrari A. 31, 162, 166, 209, 217,
250, 292.
- Ferrari P. 228, 229, 232, 233.
- Fradà 223, 224.
- Gallet 54, 140, 141, 144, 147, 149,
217.
- Galliard 208.
- Gannett 208.
- Garampazzi 52, 55.
- Garbarini 50, 164, 293.

- Gardner 42.
 Gaston 95.
 Gerhardt 207.
 Gherardi 247, 250.
 Giannantoni 178, 294.
 Giannettasio 101, 102, 109.
 Giordano 7, 25, 84, 95, 100, 119,
 156, 161, 164, 166, 170, 176, 209,
 210, 294.
 Gluzinski 211.
 Goldscheider 206.
 Gottstein 30.
 Graff 49.
 Graw 95.
 Gross 37, 87.
 Guarnieri 215, 216, 296.
 Guedi 250.
 Guillot 187.
 Guinard 188, 224.
 Gussenbauer 36.

 Haasler 64.
 Haberkant 78, 112, 239, 241.
 Haberlin 158.
 Hacker 57, 71, 72, 73, 78, 79, 80,
 93, 114, 118, 119, 131, 132, 133,
 149, 156, 157, 158, 159, 160, 161,
 162, 171, 178, 187, 204, 220, 223,
 225, 242, 248.
 Hadra 133, 134.
 Hagerdon 38, 75.
 Hahn 182, 236.
 Hayem 196, 251.
 Halen 166.
 Halsted 39.
 Hartmann 9, 71, 88, 112, 195, 209,
 215, 229, 242, 245, 247, 248, 249,
 250, 251.
 Heidenhain 182, 215.
 Heincke 84, 193, 222, 224.
 Heydenreick 37, 59.

 Hemmeter 198.
 Henle 9.
 Hennecater 225.
 Hyrtl 20.
 Hochenegg 164.
 Hocchhaus 196.
 Hofmeister 222.
 Hume 187.

 Jaboulay 35, 57, 78, 80, 81, 83, 140,
 146, 174, 123, 251.
 Jeannel 37, 232.
 Jesset 42, 143.
 Jonnesco 9, 18, 48, 49, 54.

 Kammerer 203.
 Kappeler 78, 79, 130, 134, 245.
 Kausch 112.
 Keen 225.
 Keher 162, 204.
 Kieffer 215.
 Kleef 207.
 Knie 85, 97.
 Kocher 5, 30, 32, 36, 114, 135, 142,
 143, 145, 182, 183, 187, 250.
 Körte 181, 211.
 Kraft 138, 146, 164.
 Kraske 175.
 Krönlein 45, 182, 187, 211.
 Krukemberg 222, 224.
 Kummel 83, 189.
 Küster 36, 208.

 Labbe 17.
 Lauenstein 5, 33, 34, 59, 60, 134,
 139, 140, 215, 223.
 Laureati 106.
 Lebert 207.
 Ledderhose 121, 122, 215.
 Lembert 39, 40, 101, 165, 205.

- Lesshaft 9.
 Leube 209.
 Lezine 86.
 Lindner 45, 157.
 Lobker 203, 204.
 Lombardi 101, 102, 109.
 Loreta 194.
 Lücke 6, 33, 60, 140, 141, 146, 149.
 Luschka 9.

 Macleau 195.
 Madruzzo 106.
 Maydl 78, 142, 190, 191, 212.
 Manara 157, 247, 297.
 Manteuffel 175.
 Marchais 196.
 Mariani 215, 216, 299.
 Marion 210.
 Martini 91, 98.
 Marrocco 215.
 Masse 119.
 Mathieu 9.
 Matignon 44.
 Mattöli 68, 70, 74, 75, 76, 102, 103,
 104, 105, 107, 122, 123, 125, 147,
 149, 150, 153, 166, 215, 224, 247,
 252, 300.
 Maunsell 40.
 Mazzoni 26, 30, 87, 97, 157, 300.
 Meinecke 232.
 Meyer 119.
 Memmi 207.
 Meriwether 169.
 Michaux 37, 215.
 Mikuliz 26, 30, 31, 78, 84, 87, 95,
 96, 114, 115, 130, 131, 145, 156,
 157, 165, 170, 174, 187, 188, 190,
 193, 208, 209, 222, 224, 240, 241.
 Mintz 247, 250.
 Mixer 208.
 Modlinsky 97.
 Monari 36.
 Monastyrski 6.

 Monguidi 8, 36, 132, 148, 150, 157,
 215, 216, 252, 302.
 Monod 7.
 Monprofit 170, 178, 242.
 Montenovesi 38, 167, 236.
 Mugnai 92, 98, 108, 303.
 Müller 207.
 Mundler 251.
 Murphy 18, 46, 47, 48, 49, 50, 52,
 54, 55, 71, 102, 141, 144, 148,
 158, 159, 160, 161, 163, 164, 166,
 167, 168, 169, 170, 171, 175, 181,
 182, 223, 224.
 Murray 48.
 Musseaux 40, 41.

 Nazari 167.
 Nicoladoni 5.
 Nigrisoli 148, 162.
 Novaro 6, 7, 32, 176, 195, 232.
 Nothnagel 34.

 Obalinski 34.
 Oderfeld 165.
 Oddi 119, 120, 130.
 Orecchia 157, 304.

 Pacinotti 195.
 Parlavecchio 90, 91, 92, 98, 247,
 304.
 Pasca 31, 306.
 Paul 87.
 Pean 36.
 Peham 25, 79, 115, 130, 188.
 Perry 215.
 Pepper 196.
 Petersen 60, 61, 131, 160, 211.
 Pfaundler 203.
 Pique 87.
 Podrez 89, 90, 97, 98, 108.

- Poirier 18.
 Porta 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 306.
 Postempski 7, 26, 31, 144, 155, 156,
 186, 209.
 Postnikow 86, 90, 97.
 Pozzi 7.

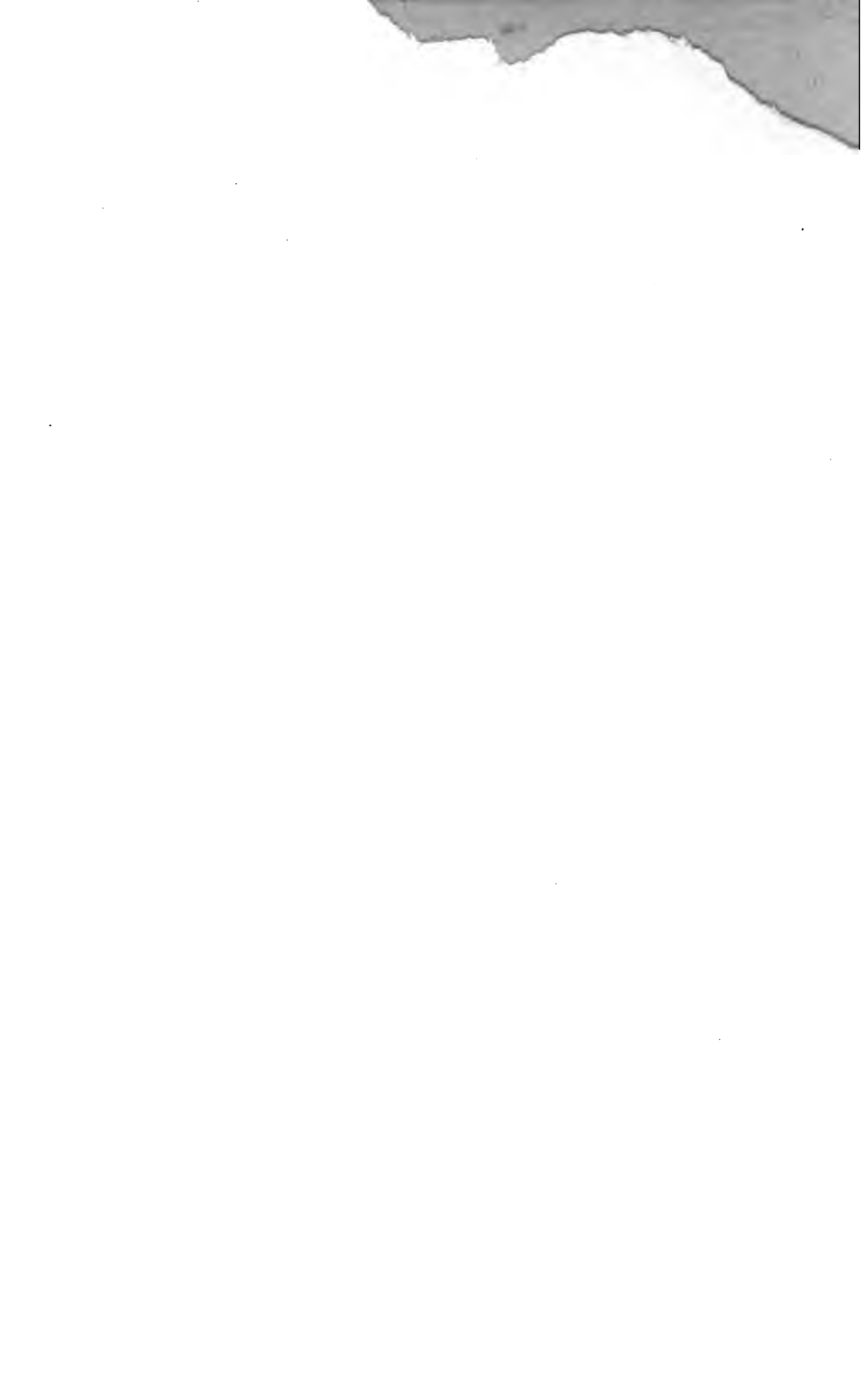
 Quenu 189.

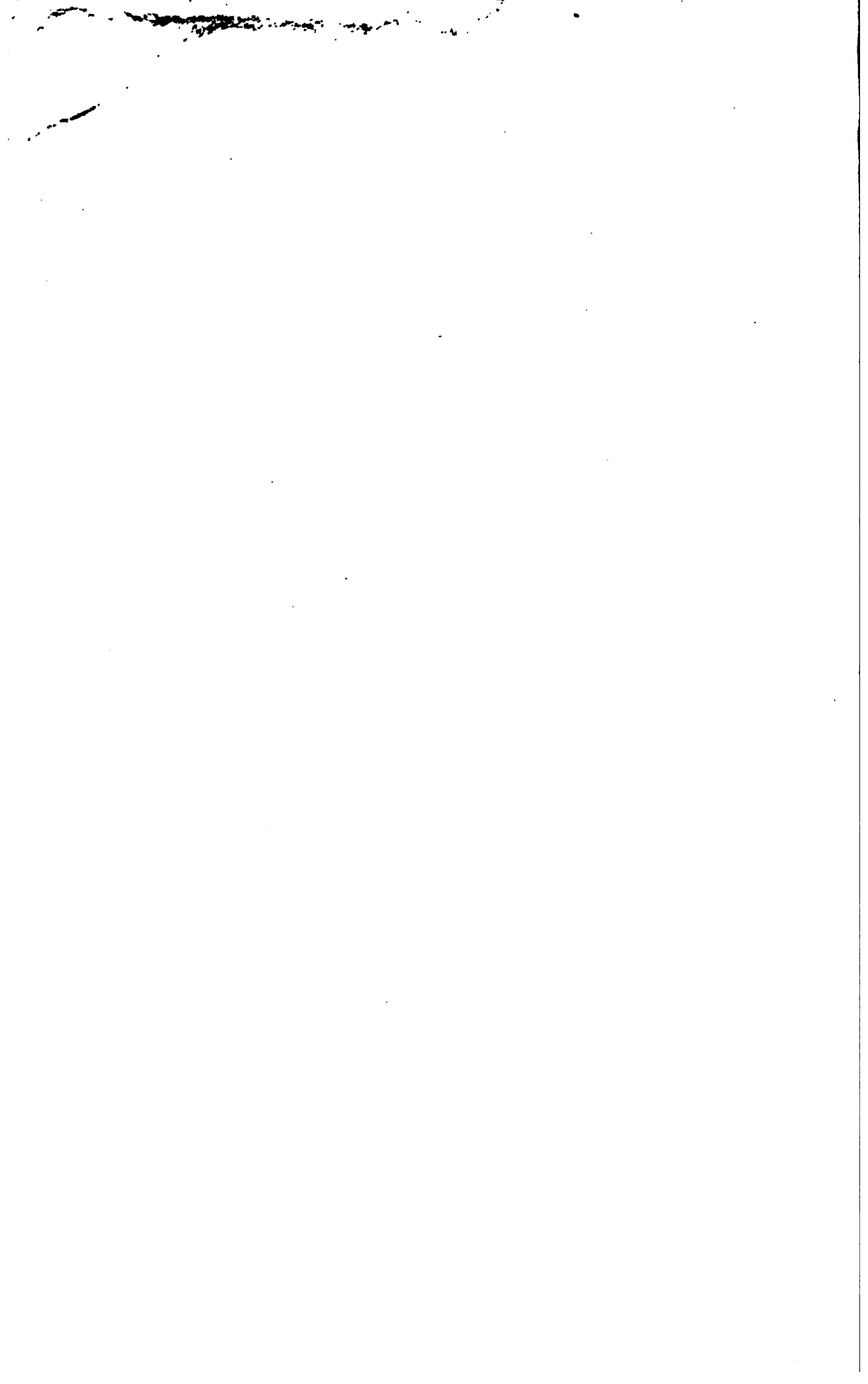
 Raffa 30, 94, 95, 99, 308.
 Ramangé 50.
 Ransohoff 5, 6.
 Reclus 31, 87, 118.
 Rehn 181.
 Reichmann 235.
 Reiske 162, 174.
 Relling 217.
 Remedi 170, 309.
 Reverdin 40.
 Rho 100, 101, 108.
 Ricci 166, 167, 309.
 Richardson 165.
 Richter 194.
 Riedel 196.
 Rydygier 6, 32, 37, 207, 215.
 Robin 207.
 Robinson 44.
 Robson 211, 233, 240.
 Rockwitz 6, 33, 34.
 Romiti 8, 9, 10, 18.
 Rosenheim 212, 250.
 Rossi 96, 99, 311.
 Routier 215.
 Roving, 229.
 Roux 7, 8, 24, 25, 29, 30, 33, 34,
 36, 37, 40, 118, 119, 131, 142,
 143, 144, 147, 148, 149, 154, 156,
 158, 159, 160, 161, 170, 171, 173,
 175, 177, 178, 179, 189, 208, 209,
 216, 223, 236, 242, 248, 251.
 Rutkowski 137, 145.

 Salvia 170, 312.
 Saltzmann 6.
 Santovecchi 48, 215, 216, 312.
 Savariaud 205, 206, 207.
 Sappey 18.
 Schede 36, 49.
 Scheild 215.
 Schiassi 38, 132, 171, 313.
 Schleich 31.
 Schloffer 224.
 Schmidt 36, 204.
 Schönwerth 187.
 Schwartz 87, 132, 215.
 Sedillot 17.
 Seganti 55, 157, 166, 314.
 Senn 42, 43, 44, 45.
 Sick 49, 145.
 Siegel 122, 250.
 Silvestri 98.
 Sykow 137.
 Socin 34.
 Sokolow 90.
 Soligoux 87, 98.
 Sonnenburg 135.
 Soupault 112, 247, 248, 250.
 Steiner 207.
 Steinthal 182.
 Stendel 78, 115, 121, 122, 130, 131,
 239.
 Stern 204.
 Stokes 198.

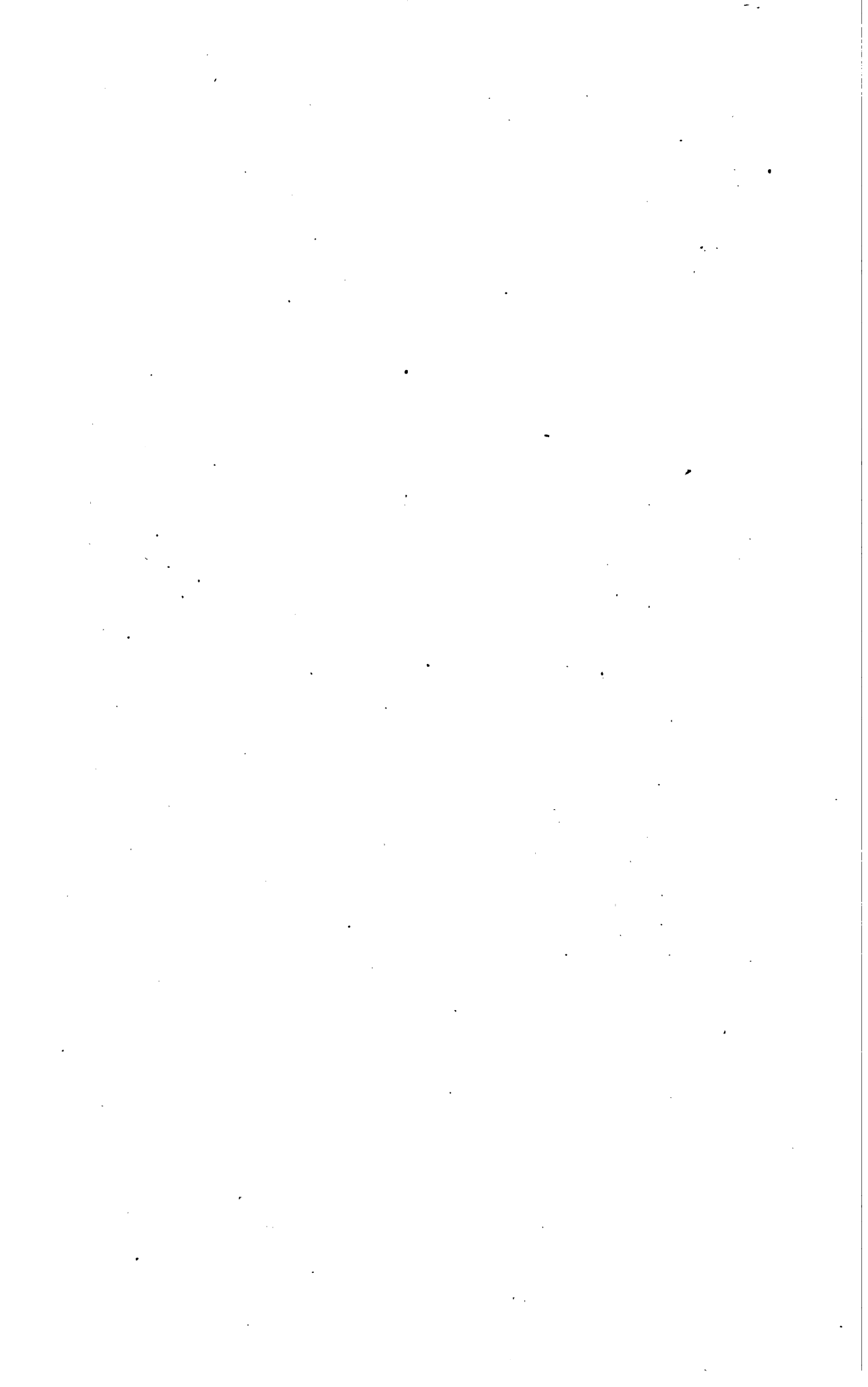
 Tacchi 215, 314.
 Tavel 113, 122, 133, 145.
 Terrier 9, 31, 38, 71, 88, 118, 120,
 195, 229, 242, 245, 251.
 Testut 8, 9, 11, 18, 19.
 Tillaux 8, 9.
 Topai 90, 98.
 Treves 229.
 Treitz 19, 20, 23, 63, 73, 93, 149.

- Tricomi 26, 31, 144, 156, 158, 161, 164, 166, 169, 206, 207, 209, 210, 214, 215, 216, 223, 224, 225, 232, 248, 315.
- Trognon 38, 118.
- Trotapoff 86.
- Tucholske 189.
- Tuffier 71, 161, 196, 209, 215.
- Turretta 84, 317.
- Ulmann 224.
- Vanzetti 170.
- Vater 20, 83, 84, 144.
- Velo 170, 317.
- Viana 52.
- Villar 37.
- Villard 53, 57, 81, 82, 83, 84, 167, 194.
- Vincini 30, 157, 166, 170, 224, 247, 318.
- Watson 223.
- Weir 232.
- Weiss 89.
- Welch 207.
- Wiggius 167.
- Wilhelm 35, 239.
- Willis 12.
- Wickhoff 120.
- Witzel 137.
- Willy Meyer 49, 169.
- Wölfler 5, 6, 7, 32, 34, 36, 39, 58, 59, 60, 61, 64, 65, 66, 115, 131, 132, 133, 134, 135, 137, 141, 142, 145, 147, 154, 156, 157, 158, 171, 186, 204, 222, 225, 242, 248.
- Zatti 224, 319.
- Zielewicz 165.









COUNTWAY LIBRARY
HC JHLU C

1
14.0.26
La gastro-entérostomie, méthode 1963
Countway Library BERS126
3 2044 045 963 956



La gastro-enterostomia, metodi 1903

Countway Library

BER6126



3 2044 045 963 956