

BIBLIOTECA MEDICA
MISCELL
A 40
2
ROMA

L. 11. 2

DIECI LAPARATOMIE
PER FERITE + + +
PENETRANTI + + +
pel D.^o F.^{co} PAOLO BUCCI

R. BIBLIOTECA
ROMA





*Al Generale il R. Ospedale
di Foggia*

OSPEDALE UMBERTO I.
FOGGIA



DIECI LAPARATOMIE
PER FERITE PENETRANTI

PER

D.^o FRANCESCO PAOLO BUCCI

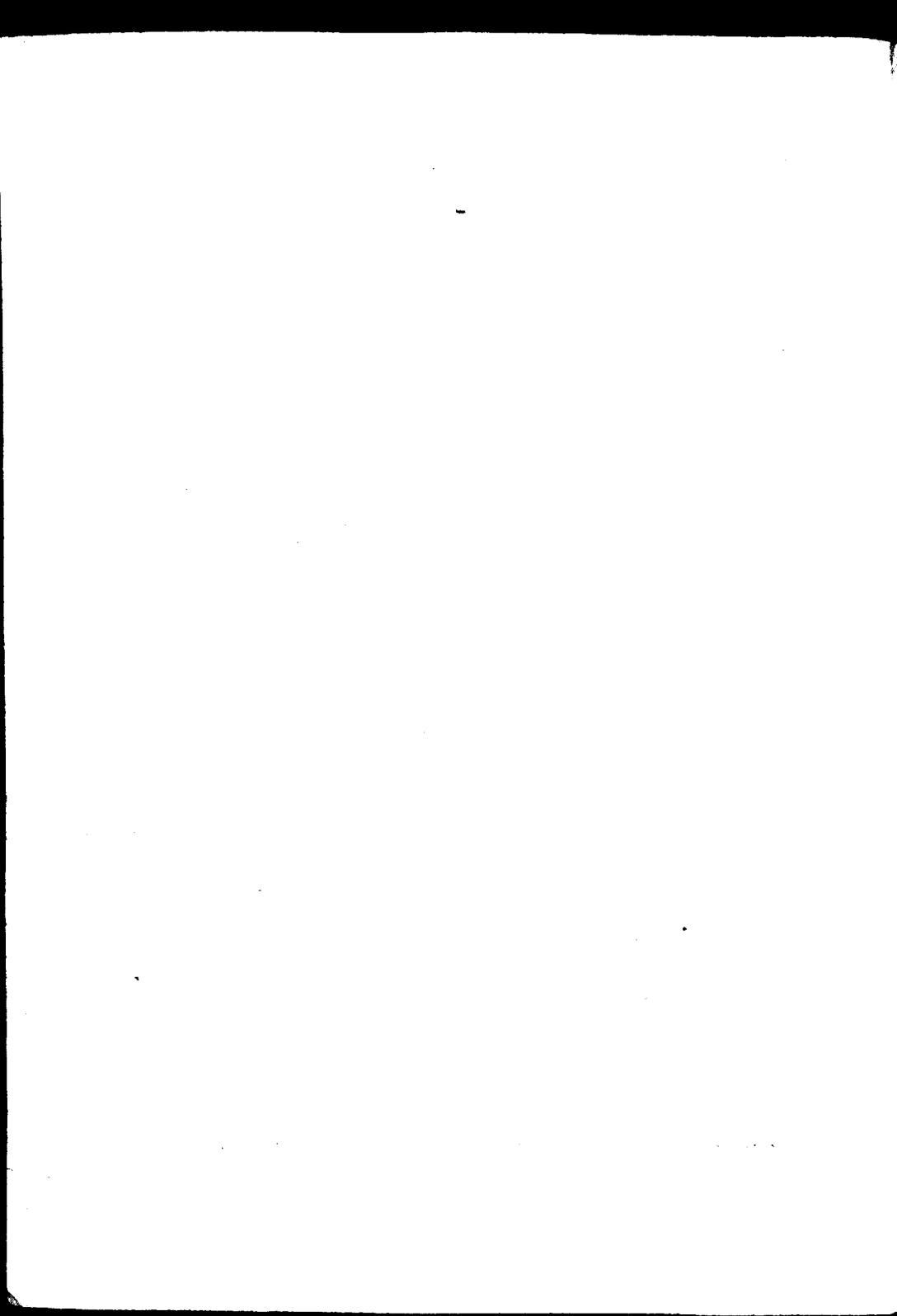
Chirurgo Straordinario



FOGGIA

SOCIETA' TIPOGRAFICA

1907



DIECI LAPARATOMIE PER FERITE PENETRANTI

Rendo di pubblica ragione dieci laparotomie per ferite penetranti in cavità addominale da me eseguite nell'Ospedale Umberto I. dal 29 Dicembre 1905 al 17 Giugno 1907, in un periodo di tempo di diciotto mesi.

Riferisco brevemente le relative storie.

Laparotomie esplorative.

1. Vinci Luigi, da Turi, ricevuto in Ospedale il 29 dicembre 1905. Aveva riportato un colpo di fucile carico a pallini piccoli in corrispondenza dell'ipocondrio sinistro con foro di entrata e foro di uscita. Il foro di

entrata corrispondeva due dita trasverse al disotto dell'arcata costale lungo la linea ascellare media; il foro di uscita due centimetri in fuori dell'apofisi trasversa sinistra della quarta vertebra lombare. Ernia epiploica dal foro di entrata.

Operazione.

Disinfezione della cute della parete addominale.

Narcosi cloroformica.

Resezione del lembo epiploico erniato. Congiunto con un taglio di circa venti centimetri il foro di entrata con quello di uscita esplorai la cavità addominale.

Non vi era alcuna lesione di visceri.

Prosciugamento del sangue versato. Chiusura dell'addome con triplice strato di sutura.

Esito — Guarigione.

2. Mauro Amoroso di anni 18, da Bisceglie, ricevuto in Ospedale il 24 Giugno 1906.

Presentava una ferita da punta e taglio

lunga un paio di centimetri nella regione epigastrica, a quattro centimetri in sopra della cicatrice ombelicale, penetrante in cavità.

Operazione.

Disinfezione della cute della parete addominale.

Narcosi cloroformica.

Incisione longitudinale passante per la ferita esistente e lunga dieci centimetri circa.

Esplorazione della cavità addominale. Non vi sono lesioni di visceri.

Toilette del peritoneo.

Chiusura dell'addome con triplice strato.

Esito — Guarigione.

3. Sbiroli Nicola di anni 20, da Cisternino. Ricevuto in Ospedale il 20 settembre 1906.

Presentava una ferita da punta e taglio nella regione mesogastrica, circa tre centimetri al disotto dell'ombelico. Vi era fuoriuscita di epiploon.

Operazione.

Disinfezione della cute della parete addominale.

Narcosi cloroformica.

Incisione della parete addominale lunga circa 10 centimetri.

Resezione del lembo epiploico prolassato. L'esplorazione della cavità risulta negativa, giacchè non si trovano lesioni di visceri.

Toilette del peritoneo.

Chiusura dell'addome con tre piani di sutura.

Esito — Guarigione.

4. Malcangi Vito di anni 26, da Corato. Ricevuto in Ospedale il 19 novembre 1906.

Presentava ferita da punta e taglio al quadrante inferiore destro dello addome, a due dita trasverse al disopra dell'arcata di Poupart e cinque centimetri a destra della linea ombellico-pubica, penetrante in cavità addominale.

Operazione.

Disinfezione della cute della parete addominale.

Narcosi cloroformica.

Incisione della parete addominale lunga circa dieci centimetri. Esplorazione del colon ascendente e delle anse intestinali più vicine. Non si trova alcuna lesione di visceri.

Toilette del peritoneo.

Chiusura dell'addome colla solita sutura a piani.

Esito — Guarigione.

5. Frattolino Michele di anni 21, da Foggia. Ricevuto in Ospedale il 23 novembre 1906.

Presentava una ferita da punta e taglio nella regione ipocondriaca sinistra, a quattro dita trasverse in sotto dell'arcata costale lungo la linea mammillare prolungata, penetrante in cavità addominale.

Operazione.

Disinfezione della cute della parete addominale.

Narcosi cloroformica.

Incisione longitudinale lunga circa 10 centimetri passante per la ferita esistente.

Esplorazione della cavità addominale. Non si riscontrano lesioni di visceri.

Toilette del peritoneo.

Chiusura dell'addome con tre piani di sutura.

Esito — Guarigione.

6. Campaniello Raffaele, di anni 22, da Foggia. Ricevuto in Ospedale il 17 Giugno 1907. Presentava ferita da punta e taglio sul bordo costale sinistro lungo la linea ascellare anteriore, penetrante in cavità addominale.

Operazione.

Disinfezione della regione.

Narcosi cloroformica.

Incisione lunga dieci centimetri circa che dalla ferita esistente si prolunga in giù.

Esplorazione della cavità addominale. Non si riscontrano lesioni viscerali.

Toilette del peritoneo.

Chiusura dell'addome coi soliti tre piani di sutura.

Esito — Guarigione.

Ferita del diaframma,

7. Natacci Romeo di anni 11, da Foggia. Ricevuto in Ospedale il 9 Aprile 1907.

Presentava una ferita da punta e taglio in corrispondenza del settimo spazio intercostale sinistro sulla linea ascellare anteriore, lunga circa tre centimetri, con prolasso di epiploon.

Operazione.

Disinfezione della cute della parete addominale.

Narcosi cloroformica.

Incisione che dalla ferita esistente si prolunga lungo lo spazio intercostale corrispondente per dodici centimetri circa.

Resezione dell'epiploon prolassato. Aperta la cavità pleurica e divaricate con retrattori

la ottava e la nona costola appare evidente una ferita del diaframma, lunga un paio di centimetri, in prossimità della sua inserzione costale.

Per esplorare gli organi addominali sottostanti è necessario prolungare la ferita diaframmatica.

Agevolmente si esplorano il gran cul di sacco dello stomaco e la milza che sono integri.

Prosciugamento del sangue versato in cavità; toilette del peritoneo sub-frenico.

Sutura della parete toracica.

Esito — Guarigione.

Ferita del fegato

8. Ferrara Luciano di anni 20, da Foggia.
Ricevuto in Ospedale il 21 settembre 1906.
Presentava ferita d'arma da fuoco (fucile) carica a pallini grossi, con solo foro d'entrata, in corrispondenza dell'ottavo spazio

intercostale destro lungo la linea ascellare media, diretta dall'alto in basso e verso sinistra, profonda in cavità addominale alla esplorazione digitale. Il ferito perdeva notevole quantità di sangue, probabilmente dal fegato ferito; aveva polso piccolo e frequente, irrequietezza ed ambascia.

Operazione.

Disinfezione della cute della parete addominale.

Incisione lunga circa quindici centimetri passante per la ferita esistente e diretta obliquamente verso sinistra. Si riscontra aperta la cavità pleurica sottostante. Resezione della ottava e nona costola: appare evidente una larga ferita del diaframma, che viene ancora notevolmente ingrandita.

Il fegato è ferito largamente verso il suo bordo esterno.

Zaffamento della cavità pleurica e dell'ampia ferita epatica.

Sutura dei muscoli e della cute, lasciando ampio passaggio ai due zaffi.

Esito — Il ferito muore il 21 ottobre (dopo un mese) di pleurite diaframmatica purulenta.

Ferita del diaframma e dello stomaco.

9. Nobile Fedele di anni 21, da Ostuni.

Ricevuto in Ospedale il 18 novembre 1906.

Presentava due ferite da punta e taglio; la 1^a, lunga poco più di un centimetro, sul bordo costale sinistro fra le linee mammillare prolungata ed ascellare anteriore; la 2^a, lunga due centimetri, in corrispondenza del settimo spazio intercostale sinistro, sulla linea ascellare posteriore.

Entrambe profonde in cavità addominale.

Operazione.

Disinfezione della cute della regione.

Narcosi cloroformica.

1. Incisione passante per la prima ferita, e lunga circa 10 centimetri. Aperto l'addome si presenta lo stomaco abbastanza teso; sulla superficie anteriore ed a poca distanza dall'inserzione epiploica appare una ferita obliqua non penetrante nel lume gastrico. Sutura con due piani di punti alla Lembert.

Toilette del peritoneo.

Chiusura della parete addominale con triplice strato di sutura.

2. Incisione che dalla seconda ferita si prolunga in basso lungo lo spazio intercostale per circa quindici centimetri. Aperta largamente la cavità pleurica, un assistente con due robusti retrattori divarica la settima e l'ottava costola; si osserva molto agevolmente la penetrazione in cavità della ferita attraverso una larga asola diaframmatica. Prolungata in basso la detta ferita diaframmatica si esplora la superficie del gran cul di sacco dello stomaco e vi si trova una larga ferita penetrante nel lume, dalla quale



fuoriesce contenuto alimentare. Mediante pinze riesco ad attirare lo stomaco fuori della ferita cutanea, sicchè la sutura col solito duplice piano alla Lembert viene eseguita molto agevolmente.

Prosciugamento della cavità addominale.

Toilette del peritoneo. Sutura del diaframma a sopragitto.

Sutura dei muscoli e della cute.

Esito — Guarigione.

Ferita del diaframma e della milza.

10. Nicola Mendolicchio di anni 26, da Foggia. Ricevuto in Ospedale il 10 dicembre 1906.

Presentava una ferita da punta e taglio, lunga un centimetro e mezzo, in corrispondenza del nono spazio intercostale sinistro tra ascellare media ed ascellare posteriore, penetrante in cavità addominale.

Operazione.

Disinfezione della cute della regione.

Narcosi cloroformica.

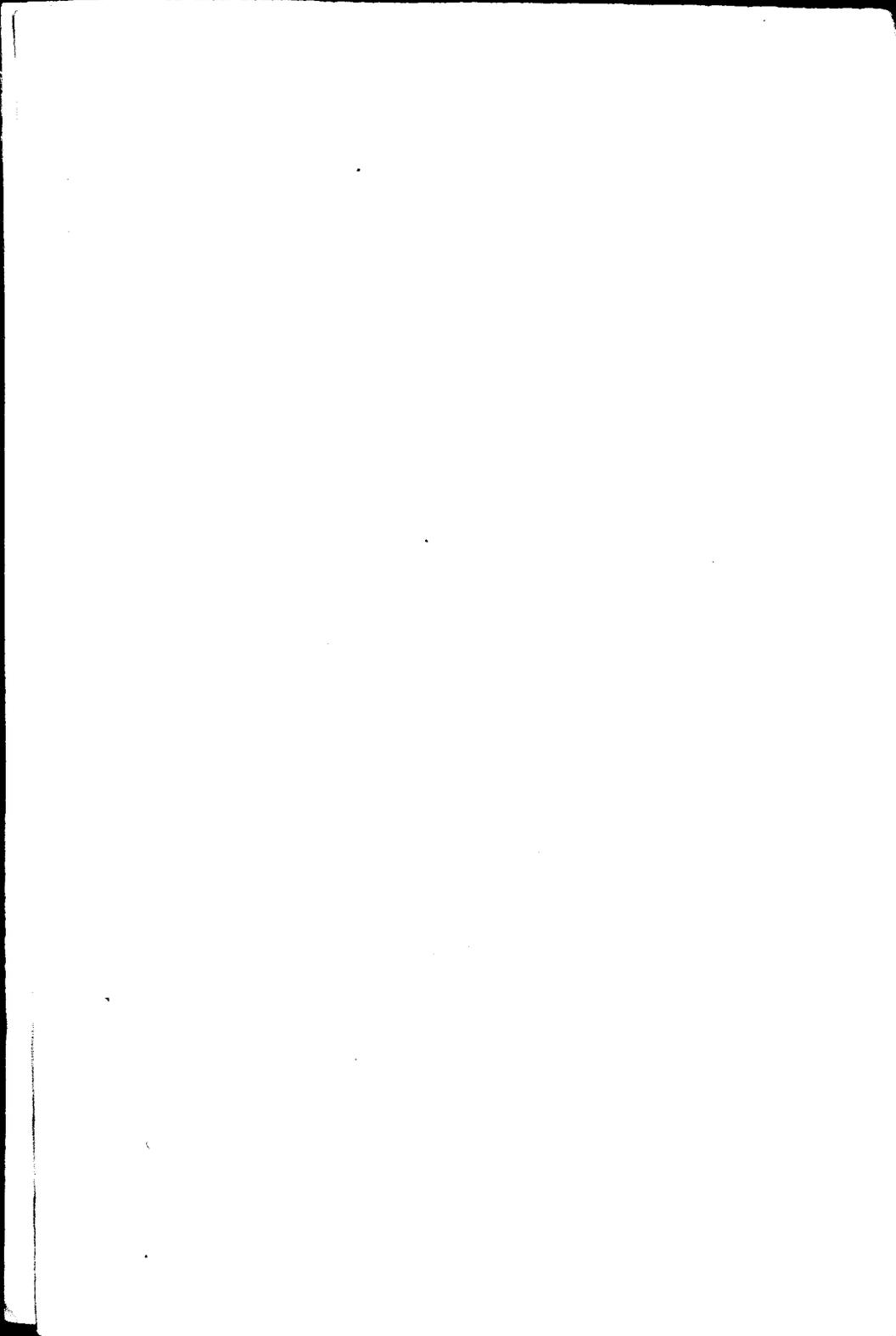
Incisione che dalla ferita esistente scende lungo lo spazio intercostale per circa sedici centimetri. Aperta la cavità pleurica e divaricate con opportuni retrattori la nona e la decima costola, appare evidente una ferita del diaframma diretta obliquamente dall'alto in basso.

Prolungata tale ferita si esplorano gli organi addominali sottostanti: netta si scovre una ferita da punta e taglio sulla faccia esterna della milza lunga un centimetro e poco profonda. Sutura della ferita splenica con due punti staccati.

Prosciugamento della cavità peritoneale.

Sutura del diaframma con sutura a sopra-
gitto. Chiusura della parete toracica con due
strati di sutura.

Esito — Guarigione.



Ed ora poche osservazioni sul resoconto che ho brevemente esposto.

* * *

Discutere ancora oggi se un chirurgo alla presenza di una ferita penetrante in addome debba subito intervenire o rimandare il suo intervento appena si presentassero sintomi sospetti può sembrare una questione oziosa. Ma certo toccare argomenti molto dibattuti ed apportare il proprio contributo magari modestissimo, e che è frutto della esperienza personale, può sempre giovare.

Vi fu un'epoca, non più di una decina di anni or sono, in cui il dibattito fra interventzionisti ed astensionisti era vivace, ed ogni chirurgo manifestò allora la propria opinione suffragandola con statistiche ed osservazioni personali.

Dette statistiche però non devono essere considerate soltanto nelle loro cifre, perchè basterebbe scorrerle per rimanere persuasi della bontà dei due metodi. Così Paolo Reclus in base ad osservazioni proprie, osava dire alla Società di Chirurgia Francese che bisogna « attendre pour intervenir, que la peritonite se soit déclarée ». Esagerazione questa, mi sia permesso osservare con buona pace del grande chirurgo francese. Oh quanti, senza dubbio, sono strappati da morte certa perchè un intervento pronto e sicuro è stato loro apprestato. Nè d'altra parte vale il dire che alla presenza di sintomi sospetti l'intervento può riuscire egualmente efficace. Non una, ma molte volte si è potuto dimostrare

quanto sia dannosa la così detta aspettativa armata. Fra i tanti ricordo un caso del Sorrentino: un tale con una ferita penetrante addominale che ledeva lo stomaco e il fegato e che datava già da dieci ore, di nessun disturbo si lagnava, anzi potè salire le scale dell'Ospedale senza alcuna sofferenza. Che ne sarebbe stato di questo infelice se il chirurgo avesse voluto aspettare l'insorgenza di sintomi magari sospetti? L'intervento immediato ed incondizionato valse a salvarlo.

E qui nel nostro Ospedale non abbiamo avuto forse a deplorare or non è molto un caso certamente non bello? Si presentò, circa dieci mesi or sono, un tale con piccola ferita da punta al quadrante inferiore destro dell'addome, penetrante in cavità. L'assistente di turno pensò di non dare troppa importanza alla lesione suddetta, tanto che il ferito il giorno dopo andò via dall'Ospedale; ma si presentò dopo alquanti giorni con peritonite purulenta. L'autopsia scoprì una piccola

ferita del tenue dalla quale fuoriusciva ancora contenuto intestinale. Se in questo caso fosse stata eseguita la laparatomia appena il ferito si presentò all'Ospedale molto probabilmente non si sarebbe avuto un esito infausto e la coscienza del chirurgo non sarebbe stata tormentata da rimorsi. Valgano questi esempi di ammaestramento a quei pochi chirurghi, i quali tuttora sono incerti nell'intervenire nelle ferite penetranti.

Ma un'osservazione io penso deve essere fatta e tutta di indole pratica. Concesso pure in teoria che l'intervento nelle ferite penetranti dell'addome debba essere la regola senza aspettare l'insorgenza di sintomi sospetti, detta regola muta sostanzialmente nella pratica comune.

Svariate, molteplici per ragione d'ambiente, di opportunità, di metodi adottati sono le condizioni che possono influire tristamente o felicemente sull'esito di una laparatomia per ferita penetrante. Cosicchè non parrà esage-

rato a taluno affermare che l'esito spesse volte infausto è da ricercarsi in ben altre cause che siano lo shock od una profusa emorragia. Oh quante volte si richiude frettolosamente un addome perchè si è visto venir fuori un vero fiotto di sangue e naturalmente la morte segue a breve scadenza l'inopportuno intervento. Si vorrà forse in questi casi addebitare l'insuccesso all'intervento chirurgico? Questi gravi incidenti dimostrano senza dubbio quanta prontezza di manovre debba possedere chi si accinge ad aprire un addome ferito. Ed è perciò che molto saggiamente il Giordano scrive: « io credo che non tutte le ferite dell'addome si debbano trattare da tutti ed in ogni luogo ad un modo. L'intervento precoce in tali ferite è vanto della moderna chirurgia ed è salutare quando intrapreso da una mano provvista di tutti i mezzi atti a rendere più sicura e spedita la chirurgia viscerale, guidata, questa mano lesta, da una mano accorta

e pronta a tutti gli artifici della diagnosi ed alle sorprese dello intervento nello intricato labirinto dell'addome ».

Perciò riepilogando io penso che nelle ferite penetranti dell'addome bisogna sempre intervenire e subito, giacchè è dimostrato che la laparatomia esplorativa è pratica innocente, sempre però che detto intervento venga eseguito da una mano perita ed esperta, e fornita di tutti i mezzi che detta la chirurgia moderna.

* * *

La mia breve statistica si compone di sei laparatomie esplorative, di una ferita del diaframma, di una ferita del fegato, di una ferita del diaframma e dello stomaco e di una ferita del diaframma e della milza, con un solo esito infausto, ossia una mortalità del 10 0/0. Dicevo poco fa che la laparatomia esplorativa è pratica innocente, e

realmente non è pericoloso allargare una ferita, già penetrante in cavità, ed esplorarne i visceri. Tale esplorazione riesce agevole e rapida: basta ordinariamente praticare un'incisione lunga non più di dieci centimetri; nel caso non vi sono lesioni di organi e di vasi la cavità è per lo più asciutta, il peritoneo viscerale lucido e plendente, le anse intestinali afflosciate. Basta allora fare un pò di toilette del peritoneo e chiudere l'addome. Qui ordinariamente occorre una tecnica minuziosa: la sutura dei tre piani dello addome deve essere fatta con calma ed in modo da premunirsi da possibili ernie post-laparatomiche.

Per le ferite di organi la mortalità più alta resta sempre per le ferite intestinali; quelle dello stomaco hanno senza dubbio una gravità minore. Le ferite del fegato se non sono molto profonde danno poco da fare perchè l'emostasi è sempre possibile. Il mio ferito andò male a causa di grave

pleurite purulenta sopraggiunta, quantunque operato due volte di empiema. Certo se l'individuo non fosse stato un vecchio malarico ed avesse avuto perciò poteri organici più resistenti avrebbe potuto probabilmente sfuggire alla grave infezione.

Nella mia statistica è notevole la circostanza della frequenza della ferita del diaframma o sola od associata a quella di altri organi. In dette lesioni ho operato sempre per via transpleurale, anzi a questo riguardo tengo ad esporre qualche mia idea in proposito.

Per le ferite toraco-diaframmatiche, tranne quelle ad arma da fuoco, io sono convinto della superiorità della via transpleurale sulla via laparatomica.

E a questo riguardo ricordo a me stesso che per aggredire il diaframma dal torace vennero proposti tre metodi.

1. Formazione d'un lembo toracico con

resezione doppia temporanea delle coste (lembo toraco-plastico del Postempski).

2. Formazione di un lembo toracico con resezione unica temporanea delle coste (lembo toraco-plastico di Rydygier e di Parlavecchio).

3. Resezione definitiva di una o di più coste secondo il metodo di Horoe.

Il metodo del Postempski a mio avviso presenta degli inconvenienti non lievi. Prima di tutto la possibile mortificazione del lembo a causa della sezione delle arterie intercostali, come accadde al Parlavecchio; e poi un tempo notevole per la sua esecuzione, cosa quest'ultima non trascurabile giacchè ordinariamente si tratta di feriti gravi ai quali oltre la diafragnorafia potranno occorrere altre operazioni per possibili lesioni degli organi toraco-addominali.

Il metodo del Rydygier ha l'inconveniente di tutti i lembi toracici triangolari: offrono al chirurgo un campo operativo molto ristretto

e perciò, come per la sutura del cuore, sono poco usati.

Il metodo dell'Horoch pare che raccolga le maggiori simpatie. È di esecuzione molto rapida, non espone il ferito a gravi traumatismi, offre al chirurgo un campo sufficiente per le manovre occorrenti.

Io ho pensato di semplicizzare ancora la cosa e propongo il seguente metodo che ho sperimentato sul cadavere ed eseguito tre volte sul vivo.

Dilato la ferita esterna per la lunghezza di 12 a 16 centimetri, a seconda degli individui. Detta incisione corre in senso parallelo alle coste e lungo lo spazio intercostale ferito. Ordinariamente la ferita toracica trovasi nel centro del taglio operatorio. Incisa la cute ed i muscoli del torace, s'incidono i muscoli intercostali, la fascia endotoracica e la pleura, tenendosi più vicini alla costa inferiore. Sulla guida della ferita mediana, l'incisione si completa lateralmente, avendo cura

se ne è il caso, di fermarsi a due centimetri almeno dal margine sternale, allo scopo di non ferire i vasi mammarii. Si uncina allora coll'indice o con un retrattore prima la costola soprastante, nel colmo della sua convessità, e la si stira in avanti e in alto; altrettanto si fa sulla costola inferiore, stirandola invece in basso.

Si ottiene così un'apertura di forma ellittica alta 10 centimetri circa, ed il cui asse maggiore è di 11 a 12 centimetri, attraverso la quale si esplora bene la ferita diaframmatica ed entra comodamente la mano dell'operatore, senza tema di ferirsi contro le costole resecate come negli altri metodi.

Con questo processo di toracotomia, proposto dallo Spàngaro negli interventi chirurgici per ferite del cuore, e da me in quelli per ferite del diaframma o toraco-diaframmatiche, si può sempre eseguire una diafragmografia, anche nel caso che la ferita del diaframma sia lontana dalla inserzione costale.

È sempre agevole e possibile la sutura del fegato o della milza, lo stomaco poi o l'intestino in genere si attraggono comodamente a livello della feitar toracica.

Il suddetto metodo l'ho sperimentato sul vivo sempre su individui giovani, nei quali l'elasticità della gabbia toracica ha sempre corrisposto esattamente. Ma se per caso o l'età avanzata o la mal formazione del torace rendessero angusto lo spazio per la rigidità delle costole mi servirei della resezione definitiva di una o più costole secondo il metodo dell'Horoeh.

Sicchè io penso che la mia proposta debba essere accettata per le seguenti ragioni:

1. Rapidità di esecuzione (non occorrono più di tre o quattro minuti per l'apertura del torace).

2. Il ferito subisce un traumatismo poco apprezzabile.

3. Il campo operativo è sufficientemente largo perchè il chirurgo possa esplorare bene

la cavità addominale e curare le eventuali lesioni esistenti.

4. Non residua alcuna deformità.

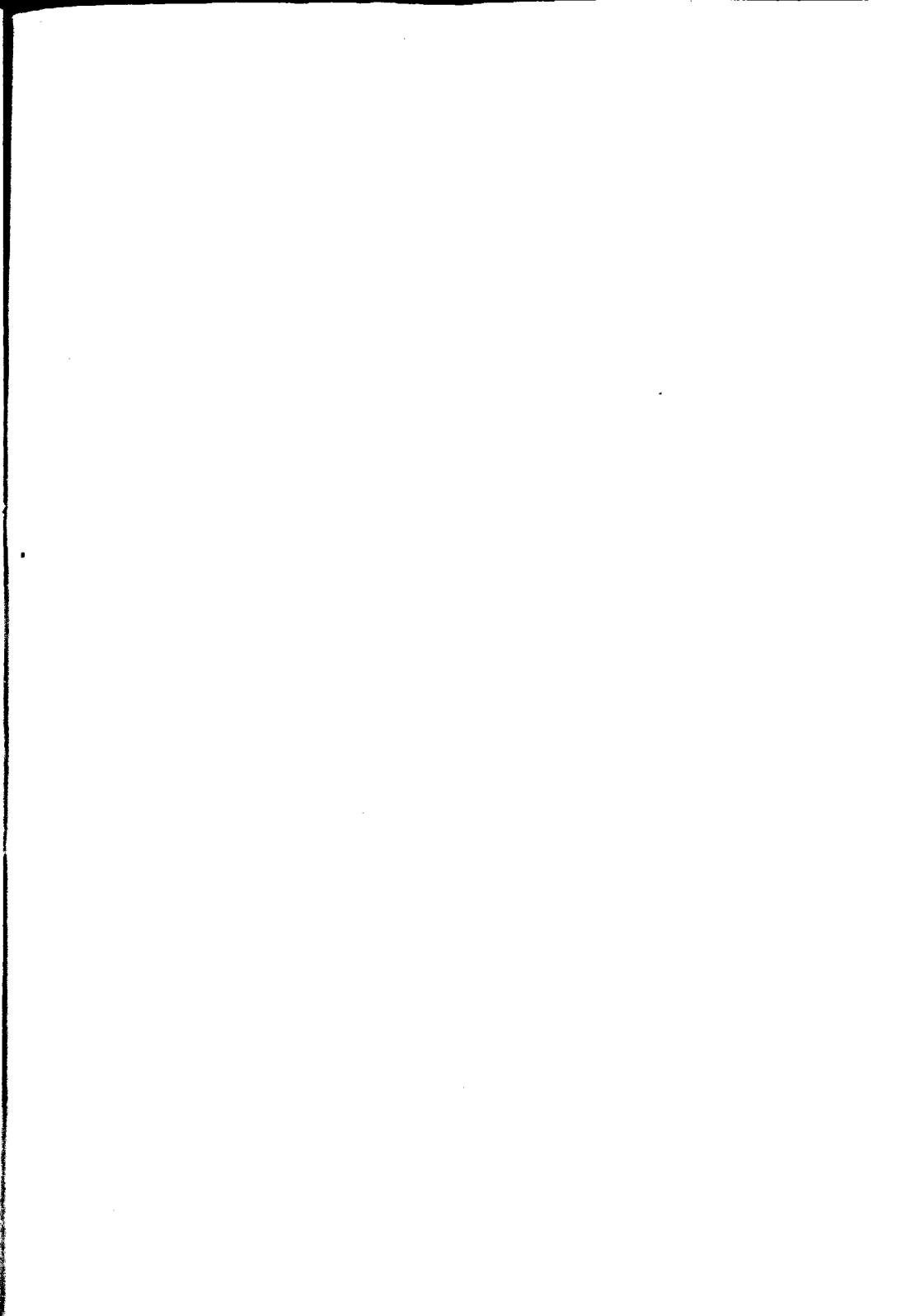
Queste le sole osservazioni che tenevo a fare sulla breve statistica di ferite penetranti dell'addome che ora presento.

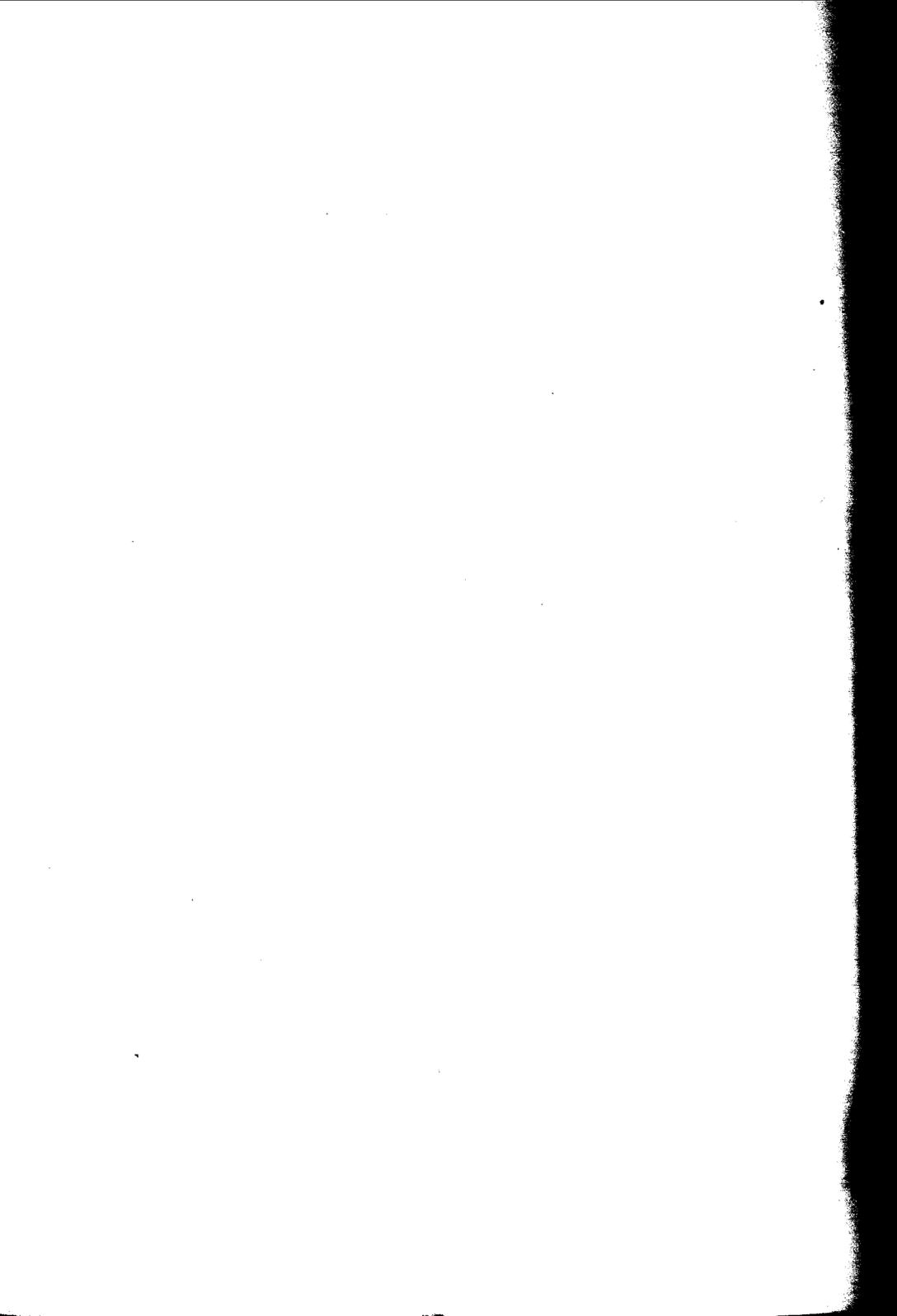
Luglio, 1907.

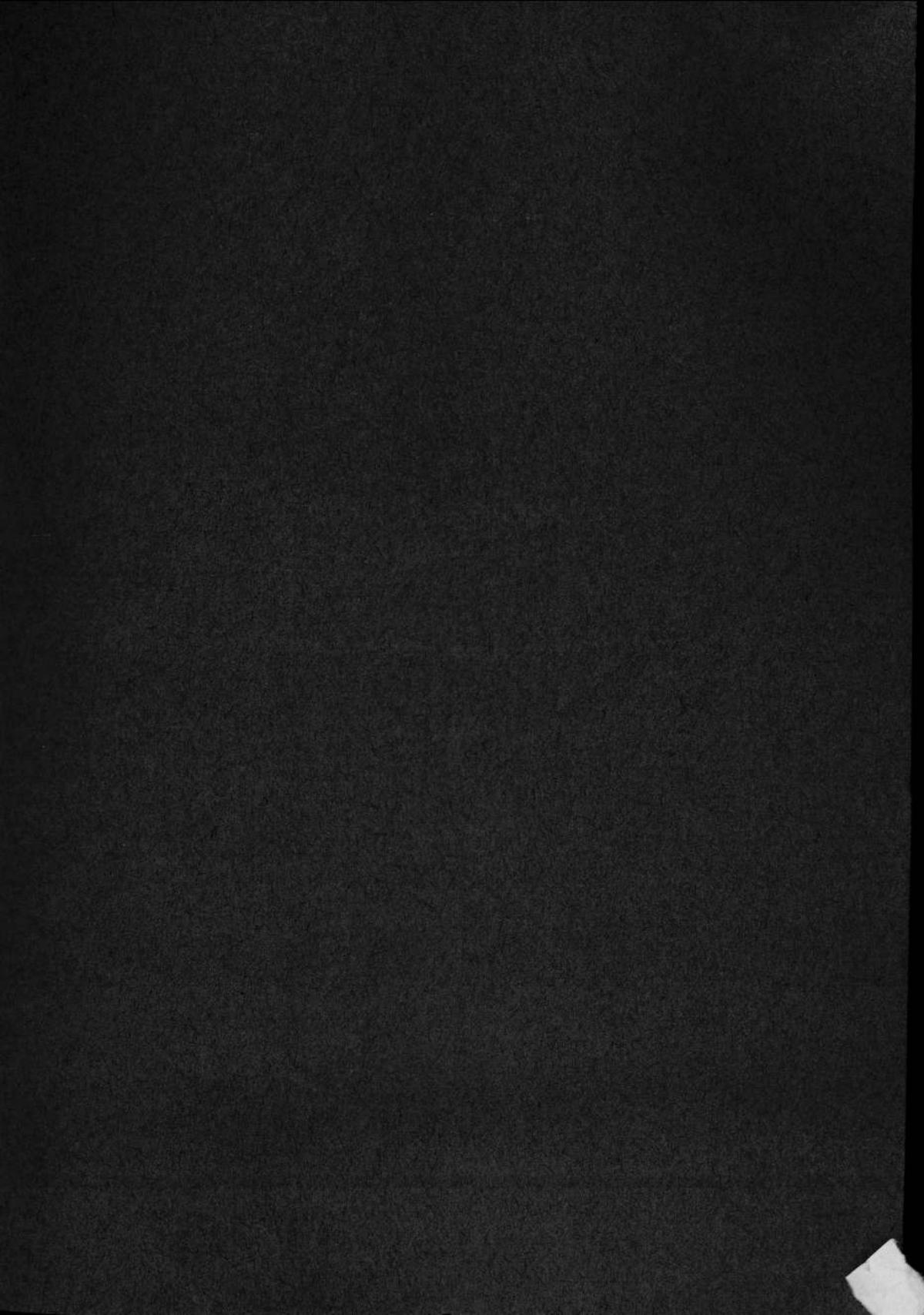
16











FOGGIA
SOCIETÀ TIPOGRAFICA
1907