



Ospedale Maggiore di Bologna

**Contributo alla diagnosi delle ferite
penetranti nell'addome con lesione
intestinale.**

DOTTOR

ALFONSO POPPI

Chirurgo primario sostituto



Estratto dalla Riforma Medica, anno XXI, num. 30



PALERMO
STAB. TIPOGRAFICO FERDINANDO ANDO'
SEZIONE DELLA *Riforma Medica*

all of which have been...
...of the...
...of the...

Ospedale Maggiore di Bologna

Contributo alla diagnosi delle ferite
penetranti nell'addome con lesione
intestinale.

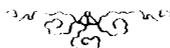
DOTTOR

ALFONSO POPPI

Chirurgo primario sostituto



Estratto dalla Riforma Medica, anno XXI, num. 30



PALERMO

STAB. TIPOGRAFICO FERDINANDO ANDO'
SEZIONE DELLA *Riforma Medica*



La sintomatologia incerta delle lesioni intestinali per ferite penetranti nella cavità dell'addome ha mantenuto vivissima la discussione nell'ultimo decennio pel loro trattamento terapeutico, discussione che potrebbe ormai ritenersi finita col precetto dato dalla maggior parte dei chirurghi dell'intervento precoce sistematico. La percentuale delle ferite semplici addominali e la possibilità di guarigione spontanea per quelle che si accompagnano a lesioni intestinali fanno tuttavia preferire ad alcuni chirurghi specialmente di Francia la laparotomia tardiva, riluttanti a sottoporre ad un atto operatorio, per quanto semplice e quasi innocuo quale la laparotomia esplorativa, anche quei casi in cui nessun sintomo induce a tale intervento.

Così vediamo ad esempio da una parte Berger schierarsi fra i sostenitori della laparotomia tardiva e che si dichiara interventzionista eventuale nell'attesa del più piccolo sintomo che confermi la perforazione o meglio la mancata spontanea obliterazione di essa, senza che vi sia già manifestazione di incipiente peritonite. Dall'altra Chaput che per giustificare l'intervento sistematico anche nei casi suddetti, fa la critica dei vari sintomi, concludendo che data una ferita penetrante dell'addome non si può da essi ottenere un'indicazione sicura e con audace espressione confessa « *La faillite du diagnostic* ».

Il caso di lesione intestinale per ferita da arma bianca che sono per esporre, mentre porta un contributo pratico per stabilire l'importanza del principio generale dell'intervento immediato sistematico, potrebbe soddisfa-

re Berger per essersi la lesione fatta palese con un sintomo minimo, di cui apparirà tutto il valore, e per at- tenermi alla frase di Chaput, può far ottenere una breve moratoria alla sintomatologia intestinale dichiara- ta in fallimento.

La sera del 19 ottobre 1903 si presentò all'ospedale Salmi Lodovico, di anni 52, imbianchino di Bologna, per farsi, me- dicare una ferita al ventre riportata in rissa circa un'ora pri- ma. Dal medico di guardia fu constatata una ferita nella re- gione pubica della lunghezza di un cm. e mezzo e un piccolo ematoma alla regione scrotale sinistra. Fu fatta una medica- tura antisettica, nè sembrando il paziente pel momento richie- dere cure maggiori, fu messo in sezione chirurgica per la cura successiva della lesione vasale, indicata dall'ematoma del cor- done spermatico.

La mattina dopo nell'esaminare il malato fu da me con- statata una ferita lineare da arma tagliente, a margini netti, ad angoli pressochè uguali, della lunghezza di 1 cm. e 1½ con direzione obliqua dal basso all'alto e dall'interno all'esterno nella regione pubica e precisamente un cm. a sinistra della linea mediana e due cm. al disopra della radice del pene. In corrispondenza del cordone spermatico sinistro nello spazio tra l'orificio esterno del canale inguinale e la radice dello scroto si notava una bozza della grossezza di una noce di consistenza elastica con ottusità alla percussione. Alle regioni inguinali si riscontrava una cicatrice lineare lunga 12 cm. parallela alla piega inguinale e da questa distante circa 2 cm. per cura ra- dicale di ernia che il paziente aveva subito cinque anni prima.

Egli raccontò di essere venuto a diverbio con un suo com- pagno che dopo molti sforzi aveva atterrato e mentre stava per disarmarlo di un piccolo coltello da tasca, ne ricevette un colpo in fondo al ventre. Disse inoltre che nel momento non diede importanza alla ferita e che solo pel dolore allo scroto fu indotto di recarsi all'ospedale per farsi medicare.

Ad un primo esame la ferita pareva di lieve entità e dalla leggera ecchimosi intorno ad essa si poteva supporre che l'arma inferta obliquamente alla regione pubica o deviata al- l'esterno per la resistenza opposta dall'osso, avesse leso le parti molli sovrastanti, arrivando al cordone spermatico sini- stro con lesione di qualche suo piccolo vaso. Esclusa facil- mente una lesione dei vasi femorali, potevano sembrare super- flue altre indagini. Tuttavia volli accertarmi sulla natura della piccola bozza in corrispondenza del cordone e nell'eseguire su di essa una delicata percussione, oltre il suono ottuso ebbi

la percezione di un leggero ma chiaro suono timpanico profondo.

Dal paziente seppi che l'ernia sinistra da un anno si era riprodotta. Con delicate manovre cercai allora di stabilire se la bozza stesse ad indicare la presenza di epiploon o di intestino incarcerato; ma sia per la sua assoluta mobilità e delimitazione all'esterno del canale inguinale, sia per la mancanza di gorgoglio, potei escludere l'esistenza di ernia incarcerata. D'altra parte il suono timpanico persisteva delimitato al di sotto e lateralmente alla bozza, nè poteva essere confuso con la risonanza del vicino intestino, per cui pensai che durante gli sforzi della colluttazione un'ansa intestinale doveva essere penetrata nel sacco erniario e rimasta lesa pel colpo infero. Poi l'intestino perforato mentre riempiva di gas il sacco, aveva avuto modo facile di ritirarsi nella cavità addominale. Non fu peraltro rilevato alcuno dei sintomi più comuni di tali lesioni che confermasse l'ipotesi da me fatta: l'addome trattabile non meteoristico, indolente, l'assenza di timpanismo sull'aia epatica, il polso normale, la mancanza di vomito, di febbre, l'aspetto buono del paziente, tutto induceva ad escludere una lesione intestinale. Si noti inoltre che dal momento della ferita riportata a questo esame erano decorse circa dodici ore; che durante questo periodo nulla era stato osservato di anormale dagli infermieri e dagli assistenti e che al paziente alle sette del mattino, cioè tre ore prima che fosse da me esaminato, era stata somministrata una tazza di caffè e latte con un pane, che fu ingerita senza alcun disturbo.

Non mi parve conveniente di cercare una spiegazione maggiore di tale timpanismo, nè con la specillazione della ferita pel suo decorso e direzione tangenziale all'addome, nè con lo sbrigliamento parziale che sarebbe stato insufficiente; ma senza indugio decisi per l'intervento diretto.

Previa narcosi cloroformica e disinfezione della cute tanto della regione inguino-scrotale che addominale mi comportai dapprima come se avessi dovuto operare il paziente per ernia inguinale. L'incisione cutanea fu prolungata fino ad unione perpendicolare con la ferita per esaminarne il decorso. Fatto uscire alquanto il cordone spermatico e il testicolo dalla loggia serotale, constatai la recisione di alcune vene del plesso pampiniforme, che avevano formato l'ematoma già descritto e che furono tosto allacciate. Il sacco dell'ernia fu isolato con qualche difficoltà fino all'orifizio interno del canale inguinale. A due cm. dall'anello esterno e alla metà circa della lunghezza del sacco, constatai un'apertura lineare di 1 cm. e 1/2 e da essa si avvertì distintamente la fuoriusciuta di gas intestinale. Fu

allargata ed essendo ristretto il colletto del sacco da non permettere maggiori indagini con la vista, introdussi un batuffolo di garza montato sopra una pinza che ritrassi imbrattato di materie fecali.

L'ipotesi da me fatta non ammetteva più alcun dubbio, per cui allacciai e dissecai il sacco ricostruendo i vari strati a modo del Bassini e passai subito alla laparotomia.

Mi attenni all'incisione lungo il margine esterno del muscolo retto sinistro, pensando alla maggiore probabilità di raggiungere la lesione.

Subito si presentò l'S iliaca del colon perforata nella parte opposta all'inserzione del mesenterio. In continuazione della perforazione si vedeva lesa la mucosa e muscolare rimanendo intatta la sierosa per circa due cm., in direzione perpendicolare all'asse del lume intestinale. Inciso questo tratto di sierosa con sutura alla Czerny-Lembert fu ricostruita la parete intestinale. Assicuratomi che non esistessero altre lesioni, procedetti alla toilette della cavità addominale preferendo ai lavaggi il prosciugamento; e lasciando uno zaffo di garza passai alla ricostruzione delle pareti addominali con vari strati di sutura. L'operazione ebbe la durata di tre quarti d'ora circa e al termine di essa le condizioni del malato erano soddisfacenti.

Nel pomeriggio si ebbe T. 38°5 con polso frequente (media 110 P.) e vomito. Alla sera la temperatura salì a 39°2 P. 120 piccolo e respiro frequente (40).

La mattina successiva le condizioni dell'infermo erano peggiorate, T. 39° polso piccolo e frequentissimo, il respiro affannoso, l'urina scarsa, addome dolente e meteoristico. Furono fatte ipodermoclisi ripetute, iniezioni di caffeina, etere, olio canforato, ecc. L'operato morì verso il mezzogiorno.

All'autopsia giudiziaria eseguita il giorno dopo si riscontrò: arrossamento del peritoneo, tumefazione degli intestini; fu assodato che unica era la ferita la cui sutura aveva resistito completamente, come si potè provare con l'introduzione d'acqua. La causa della morte era dunque da attribuirsi a peritonite acuta svoltasi poco dopo l'operazione.

Il caso esposto si presta a varie considerazioni. Già si è detto che per la sede della ferita, pel suo decorso, pei sintomi generali si sarebbe stati indotti a neppure sospettare di una lesione intestinale; solo un attento esame e la valutazione di un sintomo rilevato direi quasi casualmente ha potuto mettere sulla buona via per stabilire una giusta diagnosi. Stando al precetto della la-

parotomia esplorativa nei casi dubbi di ferite penetranti dell'addome, avrei dovuto propormi tale condotta anche senza che esistesse alcun sintomo di lesione intestinale, ma ho insistito nella minuta descrizione della ferita per far risaltare come essa dovesse considerarsi piuttosto scrotale che addominale.

Di più le cicatrici residue all'operazione per la cura radicale dell'ernia contribuivano ad allontanare dalla supposizione di lesione intestinale, perchè con esse si poteva avere quasi la sicurezza dell'esclusione dell'ernia essendo relativamente rari i casi di ernia riprodotta: mentre la direzione della ferita indicata dall'ematoma induceva piuttosto a sospettare una lesione dei vasi femorali, che come si disse potè essere facilmente esclusa. Si è già notata l'assoluta mancanza dei sintomi più comuni delle lesioni intestinali, che se prima di sospettare leso l'intestino vennero presi in poca considerazione lo furono invece in modo minuzioso quando dovevano concorrere a confermare un sintomo di per sè certamente raro. Voglio dire in ispecie della scomparsa dell'ottusità epatica alla percussione, uno dei migliori segni per la diagnosi e più facilmente rilevabile per l'assenza di meteorismo, quantunque sia risaputo che non sempre può essere riscontrato, nè certamente ha provveduto a questa deficienza l'insufflazione d'idrogeno pel retto proposta da Senn. Per cui nel caso esposto il suono timpanico nel sacco erniario, esclusa in esso la presenza d'intestino, non poteva essere spiegato se non colla presenza di gas provenienti da una sua perforazione.

Tale evenienza era già stata constatata dal professore A. Catterina, il quale riferendo due casi di grave contusione dell'addome con rottura intestinale nel discutere sui sintomi, proprii a queste lesioni, avendo notato in uno di essi che il gas era penetrato in un sacco erniario e l'aveva disteso mentre l'intestino si era ritirato nel ventre viene a questa conclusione: « Se per caso il contuso fosse ernioso e nel sacco d'ernia non si riscontrasse che presenza di gas e nessuna ansa intestinale (mancanza di gorgoglio) e di più se si potesse a vicenda svuotare e lasciar riempire il sacco del gas libero nel ventre, si avrebbe certamente un sintomo patognomonico di rottura in-

testinale e sul quale (per il primo) mi permetto richiamare l'eventuale sua importanza diagnostica ».

Non era a mia conoscenza la pubblicazione del professore Catterina quando ebbi occasione di rilevare tale sintomo; ma a lui ne spetta la priorità e a me può bastare la soddisfazione di aver constatato e quasi indirettamente controllato tutta l'importanza di questo segno, senza del quale avrei abbandonato il malato a se stesso. E sarei solo tardivamente intervenuto quando per sopravvenire della peritonite avrei dovuto sospettare della lesione intestinale, perchè le condizioni del cavo addominale già inquinato di materie fecali non avrebbero certamente lasciato probabilità di guarigione spontanea.

Nota ancora per dimostrare l'importanza del sintomo, che questo potè essere da me rilevato, sebbene il sacco erniario fosse leso e in qualche modo in comunicazione con la ferita esterna. Tale comunicazione peraltro era ristretta e direi quasi esistente virtualmente per la direzione particolare del tramite della ferita e per l'ematoma che veniva a formare una specie di tappo contro l'apertura del sacco erniario prodotta dall'arma tagliente tanto che non fu constatato enfisema sottocutaneo.

Passando ad altre considerazioni noterò la rarità di lesioni intestinali per ferite da arma da taglio attraverso un sacco erniario e tanto rare che per quanto mi consti l'unico caso pubblicato è quello occorso al S. Dennis di New-York. Delle descrizioni di vari casi di ferite penetranti nell'addome con lesione viscerale è interessante quella che l'autore fa del caso settimo. Si trattava di un giovane il quale aveva ricevuto una ferita di temperino allo scroto, in cui era un'ernia non ridotta; l'incisione aveva una lunghezza di circa un pollice e mezzo; non si presentava emorragia dalla ferita. Con l'introduzione del dito nello scroto non si sentì l'intestino. Il paziente era in buone condizioni, quando fu ricoverato all'ospedale, il giorno seguente peggiorò rapidamente ed entrò presto in collasso. Venne allora anestetizzato; la ferita dello scroto fu allargata ed il sacco erniario aperto; furono trovate feci entro l'addome. La ferita fu quindi allargata tanto da poter esaminare l'intera cavità peritoneale (*The Wound was enlarged so as to explore the entire peritoneal cavity*).

Due larghe ferite apparvero nell'intestino e fu necessario fare la resezione della parte lesa. Il paziente morì nella sera.

Può sorprendere in questa descrizione il fatto che non sia stata utilizzata la larga ferita dello scroto per un'indagine maggiore nel sospetto di lesione intestinale ritardando l'intervento ai primi segni della peritonite. Più razionale poi è da ritenersi l'incisione laparotomica anzichè l'allargamento della ferita scrotale.

Riguardo alla sede della ferita in rapporto alla lesione intestinale, limitandomi ai casi di ferita d'arma bianca, oltre a quello del S. Dennis già descritto citerò il caso di Ramoni, in cui per una ferita alla base del triangolo di Scarpa si ebbe lesione del sigma colico.

Ad essi può essere aggiunto il caso da me esposto per dimostrare, come già notò il Sandulli, che il criterio della sede anatomica della ferita al quale da taluno si attribuisce grande valore, non dia molto affidamento per ammettere la complicità o meno di una lesione viscerale.

Tralascio qualunque considerazione sul trattamento terapeutico delle lesioni intestinali. Solo per dimostrare come nel caso occorsomi tutto convergesse ad allontanare quasi nel modo più assoluto l'ipotesi di perforazione intestinale, dirò che anche rilevato il sintomo del timpanismo nel sacco erniario egregi colleghi presenti non convinti che questo potesse esistere senza che si rilevasse anche sull'aia epatica e attribuendolo piuttosto a risonanza dell'intestino, mi dissuadevano dall'intervenire trattandosi di ferimento avvenuto in rissa, per tema di qualche complicazione per un atto operatorio non richiesto, quale sarebbe stato in ultima analisi la cura dell'ernia riprodotta. Riferisco questi particolari in apparenza di poco conto, perchè forse a nessun caso come a questo possono essere dirette le giustissime osservazioni del Jacobelli. — Per il modo nel quale è ordinata l'assistenza pubblica è soprattutto ai giovani chirurghi che incombe l'obbligo di provvedere alle lesioni violente; ed è pure ai chirurghi condotti che spetta il pronto soccorso nei piccoli paesi. È naturale che tanto gli uni quanto gli altri chiedano all'esperienza altrui, all'autorità dei maestri, ai dettami di una statistica scien-

tificamente esatta la via da seguire ed ogni discussione, ogni nuovo fatto acquisito alla pratica traumatologica acquista per i chirurghi operatori quasi quasi un'importanza di dogma.

Dal punto di vista medico-legale la questione si presenta anche più grave. Se esistono dispareri tra i tecnici circa l'utilità e l'innocuità di un trattamento curativo, *a fortiori* debbono sorgere dubbi tra i non tecnici nell'aggiudicazione della responsabilità. La concausa tanto utile agli avvocati ed ai colpevoli si riversa intera sui chirurghi.

Per queste ragioni fondamentali l'una pratica, l'altra giuridica credo bene che tutti i casi di lesioni violente siano ampiamente discussi. —

La soddisfazione della cura razionale per la diagnosi precisa doveva per altro essere rammaricata dal giudizio ritardato di circa 12 ore sull'entità della ferita, poichè dalle statistiche di Adler, Vulliet, Dörfler, Siegel ecc. è stabilito che le probabilità di guarigione aumentano quanto più sollecito è stato l'intervento.

BIBLIOGRAFIA

- Berger et Chaput. Séances de la société de Chirurgie du 23 janvier e 2 février 1895. *Recue de Chirurgie*. 1 sem. 1895. — A. Catterina. Due gravi contusioni addominali con rottura dell'intestino. *Il Policlinico*, sez. prat., 18 maggio 1901. — Fr. S. Dennis. Laporatomy in the Treatment of Penetrating Wounds and visceral Injuries of the Abdomen. *Medical News*, 27 febbraio 1886. — Ramoni. Ferita incisa della regione crurale sinistra penetrante nell'addome. Lesione dell'arteria epigastrica e del sigma colico. Laparotomia, guarigione. *Bollettino della R. Accademia medica di Roma*, 6 dicembre 1896, anno XXIII. — A. Sarduelli. Le ferite penetranti semplici dell'addome da arma bianca e la cura delle ferite addominali penetranti in genere. *La Riforma medica*, 9-10 dicembre 1898. — F. Jacobelli. Trentadue casi di ferite penetranti curate con l'intervento. *Il Policlinico*, sez. chir., gennaio 1901. — A. Dörfler. Beitrag zur Behandlung der penetrirenden Bauchwunden. *Münch. med. Woch.*, n. 9-10, 1897. — Siegel. Zur Diagnose und Therapie der penetrirenden Bauchverletzungen. *Beitr. z. Klin. Chir.*, Bd. 21, 1898.





