



15.10.15

ALTRE 50 LAPAROTOMIE PER FERITE PENETRANTI CON UN CASO D'INVA- GINAZIONE DOPPIA, ACUTA, TRAU- MATICA DELL'ILEO.

PER IL

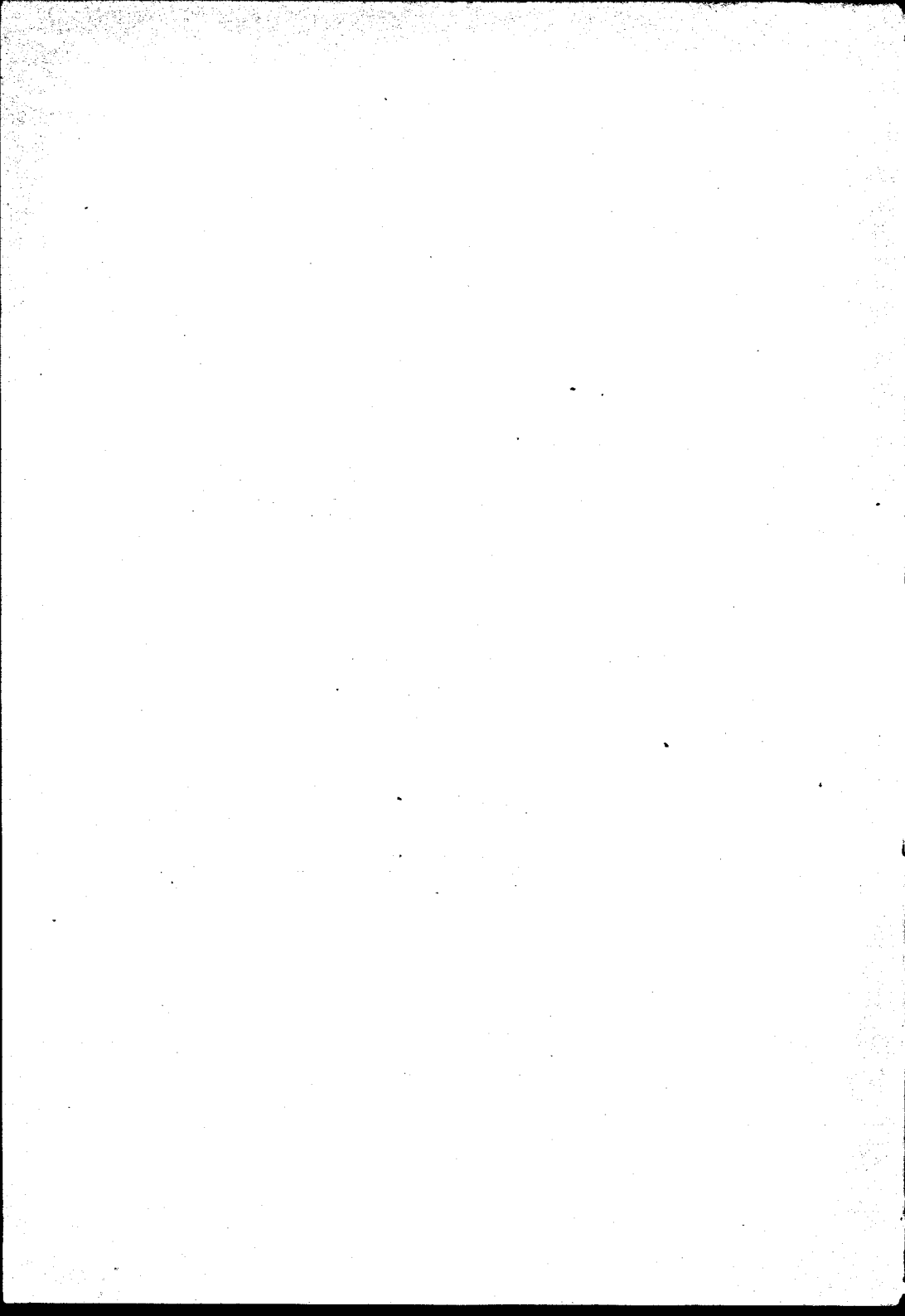
Dott. GIOVANNI NINNI

Professore pareggiato di Clinica Chirurgica,
Traumatologia e Medicina Operatoria nella R. Università di Napoli
Chirurgo ordinario nell'Ospedale dei Pellegrini

(Estratto dal *Giorn. Intern. delle Sc. Med.* Anno XXV)



NAPOLI
LIBRERIA DETKEN & ROCHOLL
Piazza Plebiscito
1903



*Caroppio
del Nub*

ALTRE 50 LAPAROTOMIE PER FERITE
PENETRANTI CON UN CASO D'INVA-
GINAZIONE DOPPIA, ACUTA, TRAU-
MATICA DELL'ILEO.

PER IL

Dott. GIOVANNI NINNI

Professore pareggiato di Clinica Chirurgica,
Traumatologia e Medicina Operatoria nella R. Università di Napoli
Chirurgo ordinario nell'Ospedale dei Pellegrini

(Estratto dal *Giorn. Intern. delle Sc. Med.* Anno XXV)



Car. Prof. G. Ninni

Chirurgo

Vico Lungobiancamano 75

NAPOLI
LIBRERIA DETKEN & ROCHOLL
Piazza Plebiscito
1903

Non per insistere d'avvantaggio sulla quistione dell'intervento immediato nelle ferite penetranti dello addome, giacchè parmi di avere trattato a fondo l'argomento nelle precedenti mie pubblicazioni (1), ma per richiamare l'attenzione su alcuni casi non privi d'importanza, e per fare alcune osservazioni, suggeritemi dalla non breve esperienza, pubblico queste altre 50 laparotomie per ferite penetranti, da me eseguite nell'Ospedale dei Pellegrini fino al 31 dicembre dello scorso anno (1902).

Sono intervenuto 43 volte per ferite da punta e taglio, e 7 volte per ferite d'arme da fuoco.

LAPAROTOMIE PER FERITE PENETRANTI DA PUNTA E TAGLIO.

Di esse 12 sono state esplorative, 3 per lesioni del diaframma, 1 per grave emorragia, 7 per lesioni dello stomaco, 17 per lesioni dell'intestino, 1 per lesioni dello stomaco e dell'intestino, 1 per lesione della milza, 1 per lesione del fegato, 1 per lesioni del fegato e dello stomaco, 1 per lesioni del fegato, dello stomaco e dell'intestino, 1 per lesioni del rene e del colon, ed 1 per lesioni del rene, del colon e del tenue.

LAPAROTOMIE ESPLORATIVE.

1.º Nevola Gaetano, di 44 anni, da Napoli, profumiere. Ricevuto nell'Ospedale il 4 giugno '90 con ferita da punta e taglio alla regione epigastrica sinistra, lunga 3 centimetri, profonda in cavità.

Laparotomia esplorativa.

Dimesso guarito il 22 giugno.

2.º Servillo Agostino, di 29 anni, da Torre Annunziata, facchino. Ricevuto nell'Ospedale il 2 luglio '99 con ferita da punta e taglio alla

(1) 24 laparotomie per ferite penetranti (Atti della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli, Anno L, 1896).

Altre 26 laparotomie per ferite penetranti. (Atti della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli, Anno LIII, 1898).

Contributo clinico all'intervento nelle ferite d'arme da fuoco dell'Addome. (Atti della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli, Anno LV, 1901).

regione paraombelicale destra, lunga 3 centimetri, profonda in cavità con fuoriuscita del grande epiploon.

Laparotomia ed epiplectomia.

Licenziato guarito il 13 luglio.

3.° Ruggiero Domenico, di 16 anni, da Nola, pittore. Entrato nell'Ospedale il 2 aprile '900 con ferita da punta e taglio alla regione paraombelicale sinistra, lunga 3 centimetri, profonda in cavità con fuoriuscita del grande epiploon.

Laparotomia ed epiplectomia.

Dimesso guarito il 12 aprile.

4.° Cantone Luciano, di 62 anni, da Lusciano, falegname. Ricoverato nell'Ospedale il 6 maggio '900 con ferita da punta e taglio al bordo costale sinistro sulla parasternale, lunga 3 centimetri, profonda in cavità con fuoriuscita del grande epiploon.

Laparotomia ed epiplectomia.

Esce guarito il 20 maggio.

5.° Cuocolo Francesco, di 38 anni, da Napoli, orefice. Accolto nell'Ospedale il 17 giugno '900 con ferita da punta e taglio alla regione paraombelicale destra, lunga 2 centimetri, profonda in cavità.

Laparotomia esplorativa.

Dimesso guarito il 5 luglio.

6.° Spezio Sebastiano, di 23 anni, da Arzano, contadino. Ricevuto nell'Ospedale il 17 giugno '900 con ferita da punta e taglio alla regione iliaca destra, lunga 1 centimetro, profonda in cavità con fuoriuscita del grande epiploon.

Laparotomia ed epiplectomia.

Licenziato guarito il 20 giugno.

7.° De Falco Michele, 18 anni, da Sperone, legatore. Ricoverato nell'Ospedale il 24 marzo '901 con ferita da punta e taglio in sopra dell'ombelico, lunga 2 centimetri, profonda in cavità con fuoriuscita del grande epiploon.

Laparotomia ed epiplectomia.

Licenziato guarito il 4 aprile.

8.° Buoincontro Luigi, di 17 anni, da Mariglianella, carpentiere. Entrato nell'Ospedale il 24 novembre '901 con ferita da punta e taglio alla regione paraombelicale inferiore, lunga 2 centimetri, profonda in cavità.

Laparotomia esplorativa.

Dimesso guarito l'8 dicembre '901.

9.° Di Giovanni Giuseppe, di 14 anni, da Napoli, barbiere. Ricevuto nell'Ospedale il 12 gennaio '902 con ferita da punta e taglio alla regione ipogastrica, lunga 1 centimetro, profonda in cavità con esito del grande epiploon.

Laparotomia ed epiplectomia.

Esce guarito il 22 gennaio.

10.° Anaclerio Giuseppe, di 16 anni, da Napoli, ottonaio. Entrato nell'Ospedale il 23 luglio '902 con ferita da punta e taglio alla regione epigastrica, lunga 3 centimetri, profonda in cavità.

Laparotomia esplorativa.

Licenziato guarito il 3 agosto.

11.° Fiore Fortunato, di 21 anni, da Fontana Novella, contadino. Ammesso nell'Ospedale il 16 giugno '902 con ferita da punta e taglio al quadrante inferiore sinistro dell'addome, lunga 2 centimetri, profonda in cavità.

Laparotomia esplorativa.

Lascia l'Ospedale guarito il 29 giugno.

12.^o Sacolaro Antonio, di 19 anni, da Mugnano di Capodimonte, contadino. Ricoverato nell'Ospedale il 12 gennaio '92, con ferita da punta e taglio alla regione iliaca destra, lunga circa 2 centimetri, profonda in cavità con fuoriuscita del grande epiploon.

Laparotomia ed epiplectomia.

Dimesso guarito il 2 febbraio.

TORACOLAPAROTOMIE ESPLORATIVE.

13.^o Adiletto Girolamo, di 26 anni, da Sarno, contadino. Entrato nell'Ospedale il 5 novembre '900 con 5 ferite da punta e taglio, di cui una all'8.^o spazio intercostale sinistro sulla linea ascellare anteriore, lunga 2 centimetri, profonda nelle cavità toracica e addominale con fuoriuscita del grande epiploon.

Toracolaparotomia con resezione dell'8.^a e 9.^a costa, epiplectomia e frenorafia.

Esce guarito il 16 novembre.

14.^o Mennella Francesco, di 26 anni, da Torre del Greco, scrivano. Accolto nell'Ospedale il 24 febbraio '901 con ferita da punta e taglio al 7.^o spazio intercostale sinistro sulla linea ascellare posteriore, lunga 2 centimetri, profonda nelle cavità toracica e addominale.

Toracolaparotomia con resezione dell'8.^a e 9.^a costa, e frenorafia.

Dimesso guarito il 10 marzo.

15.^o Favicchio Antonio, di 20 anni, da Mariglianella, carpentiere. Ricoverato nell'Ospedale il 24 novembre '901, con ferita da punta e taglio al 9.^o spazio intercostale destro, sulla linea ascellare anteriore, lunga 1 centimetro, profonda nelle cavità toracica ed addominale.

Toracolaparotomia con resezione della 9.^a e 10.^a costa, e frenorafia.

Licenziato guarito il 5 dicembre.

LAPAROTOMIA PER EMORRAGIA.

16.^o Bocchino Andrea, di 23 anni, da Arzano, pittore. Ricoverato nell'Ospedale il 13 agosto '900 con ferita da punta e taglio alla regione mesogastrica destra, lunga 3 centimetri, profonda in cavità con fuoriuscita di un'ansa del tenue, con lesione del mesentere presso la sua inserzione alla colonna vertebrale, con grave emorragia per lesione di un grosso ramo della mesenterica superiore e con peritonite circoscritta in corrispondenza dell'ansa erniata.

Laparotomia, svuotamento di tutto il sangue raccolto nel peritoneo, ricerca dell'origine dell'emorragia, ed emostasi con due punti di sutura in massa passati in sopra ed in sotto della scontinuità del mesentere.

Morte il 15 agosto per peritonite settica.

LAPAROTOMIE PER FERITE DELLO STOMACO.

17.^o Ascione Michele, di 17 anni, da Torre del Greco, colono. Accolto nell'Ospedale il 10 luglio '99 con ferita da punta e taglio alla regione epigastrica, lunga 3 centimetri, profonda in cavità con lesione della parete anteriore dello stomaco.

Laparotomia e gastrorafia.

Esce guarito il 22 luglio.

18.^o Capozzio Michele, di 27 anni, da Sessa Aurunca, ebanista. Entrato nell'Ospedale il 22 aprile '900 con ferita da punta e taglio alla regione paraombelicale sinistra, lunga 2 centimetri, profonda in cavità con fuoriuscita del grande epiploon e lesione della parete anteriore dello

stomaco presso la grande curvatura con versamento del contenuto nel peritoneo.

Laparotomia e gastrorafia.

Licenziato guarito il 1.° maggio.

19.° Petrosino Alfonso, di 20 anni, da Nocera Inferiore, contadino. Ricevuto nell'Ospedale il 12 gennaio '902 con ferita da punta e taglio alla regione epigastrica, lunga 2 centimetri, profonda in cavità con lesione passante dello stomaco e versamento del contenuto gastrico nel cavo peritoneale.

Laparotomia e sutura della parete anteriore e posteriore dello stomaco.

Dimesso guarito il 1.° febbraio.

20.° Pileri Tommaso, di 24 anni, da S. Antimo, muratore. Riceverato nell'Ospedale il 31 marzo '92 con ferita da punta e taglio alla regione epigastrica, lunga 2 centimetri, profonda in cavità con lesione della parete anteriore dello stomaco e versamento limitato del contenuto nel peritoneo.

Laparotomia e gastrorafia.

Esce guarito il 15 aprile.

21.° Pannullo Giuseppe, di 16 anni, da Roccapimonte, bracciante. Entrato nell'Ospedale il 28 aprile 1902 con ferita da punta e taglio alla regione epigastrica, lunga 2 centimetri, profonda in cavità con lesione della parete anteriore dello stomaco e versamento circoscritto del contenuto nel peritoneo.

Laparotomia e gastrorafia.

Dimesso guarito il 11 maggio.

22.° Giura Vincenzo, di 26 anni, da Napoli, fabbro. Ricevuto nell'Ospedale il 20 luglio 1902 con ferita da punta e taglio passante dell'addome, dalla regione epigastrica destra alla regione lombare dello stesso lato, con lesione passante dello stomaco.

Laparotomia e sutura della parete anteriore e posteriore dello stomaco.

Licenziato guarito il 7 agosto.

TORACO-LAPAROTOMIA PER FERITA DELLO STOMACO.

23.° Esposito Francesco, di 23 anni, da Lusciano, contadino. Accolto nell'Ospedale il 22 aprile '901, con ferita da punta e taglio nell'8.° spazio intercostale, tra l'ascellare anteriore e media, lunga 2 centim., profonda nelle cavità toracica ed addominale, con fuoriuscita del grande epiploon, e con lesione della parete posteriore dello stomaco e versamento circoscritto del contenuto nel peritoneo.

Toraco-laparotomia con resezione dell'9.° e 10.° costa, e gastrorafia.

Esce guarito il 20 aprile.

LAPAROTOMIE PER LESIONI DELL'INTESTINO.

24.° Lucarelli Basilio, di 20 anni, da Gragnano, contadino. Entrato nell'Ospedale il 7 agosto '99 con ferita da punta e taglio alla regione iliaca sinistra, lunga 2 centimetri, profonda in cavità con lesione del colon discendente e lieve versamento del contenuto.

Laparotomia e colorafia.

Licenziato guarito il 17 agosto.

25.° Ruotolo Giovanni, di 26 anni, da Casalnuovo, calzolaio. Ricevuto nell'Ospedale il 15 aprile 1900 con ferita da punta e taglio al fianco sinistro lunga 2 centimetri, profonda in cavità con fuoriuscita del grande epiploon e lesioni del tenue e del mesentero.

Laparotomia, enterorafia, e mesenterorafia.

Dimesso guarito il 26 agosto.

26.° Lucerto Donato, di 16 anni, da Afragola, minatore. Ricevuto nell'Ospedale il 28 maggio '903 con ferita da punta e taglio alla regione iliaca sinistra, lunga 2 centimetri, profonda in cavità con fuoriuscita del grande epiploon, con due lesioni del colon discendente e due del tenue e limitato versamento del contenuto.

Laparotomia, enterorafia e colorafia.

Esce guarito il 12 giugno.

27.° Grazioso Giuseppe, di 12 anni, da Marano, muratore. Entrato nell'Ospedale l'8 luglio '900 con ferita da punta e taglio alla regione iliaca sinistra, lunga 2 centimetri, profonda in cavità con fuoriuscita del grande epiploon e lesione del colon discendente.

Laparotomia e colorafia.

Dimesso guarito il 19 luglio.

28.° Ciotola Curcio, di 20 anni, da Soccavo, contadino. Accolto nell'Ospedale il 16 luglio '900 con ferita da punta e taglio alla regione iliaca sinistra, lunga 2 centimetri, profonda in cavità, con fuoriuscita del grande epiploon, 8 lesioni del tenue, grave emorragia e versamento del contenuto intestinale nel cavo peritoneale.

Laparotomia, enterorafia, e sutura di una scontinuità del mesentere, donde proveniva l'emorragia.

Esce guarito il 26 luglio.

29.° Battaglia Giuseppe, di 23 anni, da Scafati, panettiere. Ricoverato nell'Ospedale il 27 maggio '901 con ferita da punta e taglio alla regione iliaca sinistra, lunga 3 centimetri, profonda in cavità, con 5 lesioni del tenue, 3 del mesentere, scontinuità della fascia iliaca e dello psoas, profusa emorragia, versamento del contenuto enterico nel peritoneo e peritonite in atto.

Laparotomia, enterorafia, mesenterorafia, sutura dello psoas, e zaffo alla Mikulicz.

Dimesso guarito il 6 luglio.

30.° Guerra Salvatore, di 20 anni, da Napoli, venditore. Entrato nell'Ospedale il 26 agosto '901 con ferita da punta e taglio al fianco sinistro, lunga 3 centimetri, profonda in cavità con fuoriuscita del grande epiploon, lesione passante del colon discendente, e ferita di un grosso vase alla radice del mesentere.

Laparotomia, colorafia, ed emostasi con sutura in massa della scontinuità del mesentere.

Licenziato guarito il 4 settembre.

31.° Scalese Luigi, di 32 anni, da Castellammare di Stabia, impiegato. Entrato il 17 novembre '901 con ferita da punta e taglio alla regione mesogastrica, lunga 2 centimetri, profonda in cavità con fuoriuscita del grande epiploon, 6 ferite del tenue e 3 del mesentere, e versamento fecale ed ematico nel peritoneo.

Laparotomia, epiplectomia, enterorafia, mesenterorafia e zaffo alla Mikulicz.

Lascia l'ospedale guarito il 6 dicembre.

32.° Fioretti Vincenzo, di 28 anni, da Piscinola, cocchiere. Entrato nell'Ospedale il 4 maggio '902 con ferita da punta e taglio alla regione inguinale sinistra lunga 1 centimetro, profonda in cavità con 5 lesioni del tenue, versamento del contenuto e peritonite in atto.

Laparotomia dopo 12 ore dal fermento, enterorafia, zaffo alla Mikulicz.

Dimesso guarito il 1.° giugno.

33.° De Martino Giuseppe, di 34 anni, da Napoli, calzolaio. Ricevuto nell'Ospedale il 1.° giugno '902 con ferita da punta e taglio al fianco

sinistro, lunga 2 centimetri, profonda in cavità, con fuoriuscita del grande epiploon, e lesione del tenue.

Laparotomia ed enterorafia.

Esce guarito il 22 giugno.

34.° Pastore Vincenzo, di 35 anni, da Napoli, falegname. Entrato nell'Ospedale il 14 settembre '902 con ferita da punta e taglio alla regione iliaca sinistra, lunga 4 centimetri, profonda in cavità, con fuoriuscita del grande epiploon, con 3 lesioni del tenue ed una del colon discendente.

Laparotomia, epiplectomia, enterorafia, e colorafia.

Abbandona l'Ospedale guarito il 28 settembre.

TORACO-LAPAROTOMIA PER LESIONE DELL'INTESTINO.

35.° Di Domenico Vincenzo, di 20 anni, da Napoli, operaio. Ricevuto nell'Ospedale il 21 luglio '901 con 3 ferite da punta e taglio. Una al fianco sinistro lunga 2 centimetri, profonda in cavità con fuoriuscita del grande epiploon e lesione del tenue; la seconda al 2.° spazio intercostale destro, tra marginale dello sterno e mammillare, lunga 5 centimetri, profonda nelle cavità toracica ed addominale, con lesione del diaframma e scalfittura della faccia convessa del fegato; e la terza alla regione laterale sinistra del collo, lunga 1 centimetro, profonda ai muscoli.

Toraco-laparotomia ed enterorafia.

Dimesso guarito il 4 agosto.

LAPAROTOMIA PER LESIONI DELLO STOMACO E DEL DUODENO.

36.° Accardi Luigi, di 34 anni, da Boscorease, muratore. Entrato nell'Ospedale il 13 agosto '900, con ferita da punta e taglio alla regione epigastrica sulla linea xifo-ombelicale, lunga 3 centimetri, profonda in cavità, con fuoriuscita del grande epiploon, ferita passante dello stomaco e della parete anteriore della terza porzione del duodeno e versamento dei contenuti nel cavo peritoneale e peritonite iniziale.

Laparotomia dopo 4 ore dal ferimento, gastrorafia e duodenorafia.

Morte per peritonite settica il 15 agosto.

TORACO-LAPAROTOMIA PER LESIONE DELLA MILZA.

37.° Coppola Pietro, di 19 anni, da Nocera inferiore, calzolaio. Ricevuto nell'Ospedale il 14 maggio '900 con ferita da punta e taglio al 9.° spazio intercostale sinistro, sull'ascellare media, lunga 4 centimetri, profonda nelle cavità toracica ed addominale con lesione passante della milza e grave emorragia.

Toraco-laparotomia con resezione della 9.ª e 10.ª costa e splenorafia.

Esce guarito il 27 maggio.

LAPAROTOMIA PER LESIONE DEL FEGATO.

38.° Guarino Giuseppe, di 18 anni, da Melito, contadino. Entrato nell'Ospedale il 14 dicembre '902 con ferita da punta e taglio alla regione epigastrica, lunga 8 centimetri, profonda in cavità con lesione passante dell'ala piccola del fegato.

Laparotomia ed epatorafia.

Dimesso guarito il 29 dicembre.

LAPAROTOMIA PER LESIONI DEL FEGATO E DELLO STOMACO.

39.° Magliocca Domenico, di 17 anni, da Bellona, calzolaio. Ricevuto nell'Ospedale il 10 luglio '99 con ferita da punta e taglio alla regione epigastrica, lunga 3 centimetri, profonda in cavità con lesione passante della piccola ala del fegato e della parete anteriore dello stomaco con versamento circoscritto.

Laparotomia, epatorafia e gastrorafìa.

Esce guarito il 23 luglio.

LAPAROTOMIA PER LESIONI DEL FEGATO, DELLO STOMACO E DELL'INTESTINO.

40.° Mormillo Giovanni, di 25 anni, da Acerra, bracciante. Ricevuto nell'Ospedale il 14 agosto '902 con ben 18 ferite da punta e taglio in tutte le parti del corpo, di cui 4 gravissime. Una alla regione palmare dell'avambraccio destro con recisione dell'arteria cubitale; la seconda nel 7.° spazio intercostale sinistro sulla mammillare, lunga 3 centimetri, profonda nelle cavità toracica ed addominale con lesione del diaframma e fuoriuscita del grande epiploon; la terza alla regione epigastrica destra, sul bordo costale, tra mammillare e parasternale, lunga 6 centimetri, profonda in cavità con lesione passante del fegato e della parete anteriore dello stomaco; e la quarta a sinistra dell'ombelico, lunga 5 centimetri, profonda in cavità con fuoriuscita di molte anse intestinali e lesioni del colon trasverso.

Il ferito giunse all'Ospedale dopo circa 6 ore dal ferimento, trasportato da Acerra a Napoli su di un carretto e con le viscere ricoperte da un semplice strato di ovatta, in condizioni davvero disperate. Incoscienza pressochè completa, pallore cadaverico del corpo dove non era macchiato di sangue, assenza del polso radiale, e quasi impercettibile quello della femorale.

Mentre si apprestavano al moribondo gli estremi sacramenti dal capellano di guardia, mentre si riscaldava la soluzione fisiologica di cloruro di sodio, e mentre si cercava di trattenere la fuggente vita con iniezioni eccitanti di etere e caffeina, e con l'autotrasfusione la mercè di fasciature espulsive degli arti inferiori, procedetti all'allacciatura dell'arteria cubitale, alla riduzione delle anse intestinali fuoriuscite, previa paziente rimozione dell'ovatta attaccatavisi ed attento lavaggio con soluzione tiepida di sublimato corrosivo all'1 per 5 mila, ed alla sutura di tutte le 18 ferite.

Non appena pronto il siero artificiale ne iniettai per la vena mediana basilica sinistra circa 2 litri, che valsero a richiamare in vita il paziente. Ed a conservargliela decisi di intervenire per riparare alle lesioni dei visceri addominali.

Cloroformizzato l'infermo ed aperto largamente l'addome sulla linea alba, asportai tutto il grande epiploon, suturando le ferite del colon e dello stomaco, facendo la toletta del pacchetto intestinale e del cavo peritoneale, mercè larga lavanda con acqua sterile tiepida e drenandone la cavità con zaffo alla Mikulicz.

Non suturai la ferita passante del fegato, perchè non faceva sangue, nè la ferita del diaframma, essendomi riuscito impossibile di farlo dall'addome, nè sembrandomi prudente ed opportuno aprire uno sportello nel torace per eseguirne la sutura, perchè le condizioni dell'ammalato non me lo avrebbe certamente permesso.

Abbandona l'ospedale guarito il 12 settembre.

LAPAROTOMIA PER LESIONI DEL RENE SINISTRO E DEL COLON DISCENDENTE.

41.° Fabozzi Salvatore, di 20 anni, da Dugenta, muratore. Ricoverato nell'ospedale il 1° aprile '900 con 3 ferite da punta e taglio. Una alla regione parasacrale sinistra, lunga 3 centimetri, profonda ai muscoli; la seconda al dorso in corrispondenza della 7ª costa sulla linea paraspondiloidea sinistra, lunga 2 centimetri, profonda nella cavità toracica; la terza alla regione dorso-lombare sinistra in corrispondenza della 12ª costa, lunga 4 centimetri, profonda nella cavità addominale, con recisione orizzontale del rene nella unione del terzo superiore col terzo medio, e con tre ferite nel colon discendente e peritonite circoscritta. In grave stato di anemia. Fu constatata la lesione del rene per l'emissione di sangue con le urine.

Ristorato alquanto l'infermo, nella regione lombare sinistra feci un'incisione, che dal margine inferiore della 11ª costa scendeva sino alla cresta iliaca, un 8 centimetri in fuori della linea spondiloidea, e leggermente curva con convessità all'esterno. Interessati i tessuti molli, e fatta la resezione della 12ª costa aprii la loggia renale. Introdottavi la mano e trovato il rene diviso in due, asportai prima la porzione inferiore dopo di avervi stretto un laccio sul picciuolo, e posecia la porzione superiore. Nel fare l'emostasi e la toletta della loggia renale, scorsi che il peritoneo era lesa non solo, ma quanto veniva fuori dalla scontinuità un odore fecale. Allora chiusi la ferita lombare, drenandola con un lungo pannolino di garza sterile, il cui capo era posto nella cavità peritoneale, e fatta fare sollecitamente la toletta dell'addome, l'aprii con un taglio sulla linea mammillare prolungata per capita e sul colon discendente, che doveva essere lesa. Vi riscontrai, in vero, 3 scontinuità con versamento di un materiale fecale verde e fetidissimo. Asportato questo, suturate le scontinuità del colon, fatta la toletta del peritoneo in quel punto già in preda all'infezione settica, assicuratomì, che il capo del pannolino pescasse nella cavità peritoneale, chiusi l'addome con i soliti tre strati di sutura, e mandai l'ammalato a letto dopo alcune iniezioni eccitanti di etere e caffeina, con l'ordine di avvolgerlo in coperte di lana calde. Ma disgraziatamente la peritonite non si arrestò, conducendo a morte l'infermo in capo a tre giorni.

LAPAROTOMIA PER LESIONI DEL RENE SINISTRO, DEL COLON E DEL TENUE.

42.° D'Errico Giuseppe di 22 anni, da Napoli, contadino. Ricevuto la sera del 24 novembre 1902 nell'ospedale con 3 ferite da punta e taglio. La prima al fianco sinistro sull'ascellare anteriore, lunga 2 centimetri, profonda in cavità con fuoriuscita del grande epiploon e lesione del colon discendente. La seconda al dorso nel 7° spazio intercostale sinistro, lunga 2 centimetri, profonda in cavità. La terza nel 10° spazio intercostale sulla linea paraspondiloidea sinistra lunga due centimetri, profonda nelle cavità toracica ed addominale con lesione del rene verso l'estremità superiore e con 3 lesioni del tenue.

L'infermo rifiutò dapprima l'intervento, ma dopo più di 7 ore lo chiese per i gravi dolori addominali, che lo tormentavano, e per la grande tumefazione dell'addome.

Laparotomia, colorofia, toletta peritoneale e zaffo alla Mikulicz, essendovi già peritonite in atto.

Morte per peritonite settica in capo a due giorni. All'autopsia si constatò una piccola ferita passante dall'estremità superiore del rene sinistro, che in vita non potette essere diagnosticata per la mancanza assoluta di ematuria.

LAPAROTOMIA PER LESIONI DEL FEGATO, DELLO STAMACO E DEL TENUE
CON DOPPIA INVAGINAZIONE ACUTA DELL' ILEO.

43.° Somma Salvatore, di 24 anni, da Gragnano, fruttivendolo. Ricoverato nell'Ospedale il 15 luglio '901 con 6 ferite da punta e taglio. La prima alla regione epigastrica, lunga 3 centimetri, profonda in cavità con ferita passante dell'ala grande del fegato e dello stomaco; la seconda alla regione mesogastrica destra, lunga 4 centimetri, profonda in cavità con fuoriuscita dell'intestino e 3 lesioni del tenue; la terza alla regione anteriore della spalla sinistra, lunga 3 centimetri, profonda attraverso il 2° spazio intercostale nella cavità toracica con grave lesione del polmone e profusa emorragia. Le altre al torace, al collo ed alla mano sinistra profonde ai muscoli.

L'infermo giunse all'Ospedale dopo 9 ore dal ferimento in condizioni gravissime.

Laparotomia mediana, gastrorafia, enterorafia, toletta peritoneale, e zaffo alla Mikulicz, essendovi peritonite in atto.

Si riscontrò inoltre doppia invaginazione dell'ileo della lunghezza di 15 centimetri, che facilmente si ridusse.

Morte 16 ore dopo dell'operazione per l'emorragia infrenabile dalla lesione polmonare.

ALCUNE OSSERVAZIONI.

È uopo anzitutto fermarsi un po' sui casi 32, 40, 41 e 43 per la loro importanza sotto diversi punti di vista.

Così il 32 è importante per la sede non ordinaria della ferita, per cui non fu possibile in primo tempo di fare diagnosi di penetrazione in cavità.

Di vero, essa era posta nella regione inguinale sinistra, e propriamente in corrispondenza dell'anello inguinale esterno, ed aveva la lunghezza di un centimetro. Dilatata un po', parve si arrestasse sul funicello spermatico, non essendo riuscito possibile di seguirla più oltre. Saturata la ferita mandai l'ammalato a letto più per il suo stato di ubbriachezza, che per la gravità della lesione, che giudicai guaribile in 10 giorni nel rapporto inviato all'autorità giudiziaria.

Ma l'indomani, essendo stato l'infermo ricevuto alle ore 22 del 6 maggio, nel passare la visita in sala lo trovai in preda ad una peritonite settica acutissima (addome teso e dolentissimo, lingua aridissima, polso radiale filiforme ecc.), per cui decisi d'intervenire ed ecco quanto mi fu dato di constatare.

L'arma feritrice dopo di avere percorso il canale inguinale per i suoi $\frac{2}{3}$ inferiori, ne aveva interessata la parete posteriore, penetrando nell'addome e producendo ben 6 lesioni del tenue.

Vi era versamento stercoraceo nel cavo peritoneale e peritonite classica in atto. Per cui suturate alla Czerny le scontinuità intestinali, fatta la toletta peritoneale con larga lavanda calda di acqua sterile, chiusi l'addome, drenandolo con lo zaffo alla Mikulicz.

La peritonite si arrestò, e l'infermo fu dimesso guarito dall'ospedale il 1° giugno.

Il caso 40 ammaestra i chirurghi di non arrestarsi dall'intervenire anche nelle lesioni gravissime, per le quali a prima giunta sembrerebbe inutile ogni soccorso.

Di vero, lo stato del Mormillo era tale da fare ritenere a quanti lo videro giungere all'ospedale perdita di tempo il tentativo di strapparli alla morte! Eppure dopo otto giorni, vedendolo passeggiare in sala, si gridò al miracolo! Ed il miracolo fu dovuto senza dubbio all'intervento pronto ed efficace, col quale prima si richiamò in vita l'infermo, iniettandogli nelle vene circa 2 litri di soluzione fisiologica di cloruro di sodio, e poscia gliela si conservò, riparando alle gravi lesioni viscerali.

E così la fede, e l'entusiasmo nell'ardimentosa chirurgia moderna ne fanno registrare un altro trionfo insperato!

E codesta fede, e codesto entusiasmo vengono ad essere sempre più ingigantiti nell'animo mio dal caso 41, nel quale fu possibile procedere a due gravissime operazioni, quali la nefrectomia e la laparotomia per provvedere alle lesioni del colon discendente. Ebbene le due gravi operazioni furono sopportate benissimo dall'infermo, quantunque in un notevole stato di anemia.

In ultimo il caso 42 è degno di nota perchè sarebbe la prima osservazione di invaginazione intestinale in seguito a ferita penetrante dell'addome, giacchè, per quanto avessi potuto riscontrare la letteratura in proposito, non ne ho trovato riferita altra.

È vero però che si tiene parola dell'*invaginazione intestinale traumatica*, ma si tratta di quella prodotta in seguito a contusioni dell'addome, ovvero a cadute sui piedi, nelle quali è agevole riconoscere il momento etiologico ed il meccanismo dell'affezione.

Ma non così nel caso in esame, giacchè se è vero che l'invaginazione intestinale trova la sua causa nella paralisi ovvero nella paresi di un tratto dell'intestino, come spiegare tanto l'una quanto l'altra in seguito a ferita da punta e taglio penetrante?

Difatti, solo nelle ferite intestinali d'arme da fuoco si à alle volte paresi del tratto ferito, e nel caso in esame non solo non si trattava di ferita d'arme da fuoco, bensì da punta e taglio, ma quanto le due invaginazioni intestinali erano in punti lontani dalle lesioni dell'intestino.

Si potrebbe invocare la peritonite in atto riscontratasi, come quella che avrebbe potuto determinare la paralisi, ovvero la paresi dei due tratti dell'intestino.

Ma a parte che un tale reperto nelle peritoniti sarebbe rarissimo per non dire unico, si deve tenere presente, che la peritonite era circoscritta in vicinanza delle lesioni intestinali, mentre le due invaginazioni erano in punti lontani.

A spiegarle quindi non resterebbe che l'ipotesi, che nella colluttazione l'infermo avesse riportato anche delle contusioni all'addome, come pugni, calci ecc. benchè, a vero dire, ciò non fosse risultato dalle indagini fatte in proposito. Si aggiunga la costituzione erculeica dell'infermo.

Comunque, a me basta di avere accennata l'osservazione uni-

ca, lasciando ad altri più competenti di me di investigarne la vera causa.

Nelle 43 laparotomie eseguite non è avuto che 5 morti (casi 16, 36, 41, 42 e 43), tutti con gravi lesioni viscerali e quasi tutti con incipiente peritonite, essendosi intervenuto dopo parecchie ore dal ferimento.

E ad esse aggiunte le 4 morti, avute nelle altre 44 laparotomie per ferite da punta e taglio già pubblicate, si hanno 9 morti su 87 interventi, cioè una percentuale di mortalità del 10 %, assai inferiore a quella della statistica generale, che è del 17 %.

E successi ancora più confortanti ho ottenuto negli interventi per ferite penetranti d'arme da fuoco.

LAPAROTOMIE PER FERITE PENETRANTI D'ARME DA FUOCO.

Esse sono 7, e tutte con molteplici e gravi lesioni viscerali. Eccone una rapida esposizione.

LAPAROTOMIA PER LESIONI DEL FEGATO E DEL RENE DESTRO.

44.° Pizzoco Giuseppe, di 16 anni, da Trentola, studente. Ricevuto nell'Ospedale il 12 luglio '99 con ferita di revolver passante dell'addome con forame d'entrata alla regione ipocondriaca destra tra mammillare ed ascellare anteriore in corrispondenza della punta della 10^a costola, e con forame di uscita alla regione lombare dello stesso lato sulla linea angolo-scapolare.

Alla laparotomia si riscontrarono ferita passante della grande ala del fegato presso il bordo tagliante, ferita passante del rene destro verso il margine converso nel terzo superiore, e scontinuità del mesocolon discendente.

Non facendo sangue le lesioni del fegato e del rene non le suturai; suturai solo il peritoneo innanzi alla ferita del rene, ed il mesocolon.

Non vi fu ematuria.

Il decorso postoperatorio non lasciava nulla a desiderare, quando improvvisamente l'infermo cessò di vivere il 16 luglio.

Non fu possibile conoscere il risultato dell'autopsia, eseguita dai periti giudiziarii.

LAPAROTOMIA PER LESIONI MULTIPLE DEL TENUE.

45.° Pirozzo Ottavio, di 23 anni, da Giugliano, contadino. Entrato nell'Ospedale il 6 gennaio 1901 con ferita di revolver alla regione iliaca destra, il cui proiettile, interessato in sei punti l'intestino tenue, si era arrestato, urtando contro l'osso, nella fossa iliaca interna.

Versamento stercoraceo abbondante nel cavo peritoneale.

Laparotomia, enterorafia, estrazione del proiettile.

Morto il 9 gennaio per peritonite settica.

LAPAROTOMIA PER LESIONE DEL CIECO.

46. Vivolo Raffaele, di 26 anni, da Rusciano, carpentiere. Entrato nell'Ospedale il 27 luglio 1902 con ferita di revolver alla natica destra con frattura comminuta dell'osso iliaco e lesione del cieco.

Laparotomia laterale destra, incisione della lamina destra del mesociego,

sutura della lesione del cieco, posta nella parete posteriore; rimozione di qualche scheggia ossea, sutura del mesocieco, zaffo del focolaio di frattura dal forame d'entrata del proiettile, dopo di averlo alquanto dilatato.

Morto al terzo giorno con fenomeni di setticemia.

Nel dubbio fosse andata inosservata qualche lesione intestinale volli assistere all'autopsia, la quale fece constatare integrità del peritoneo, e flemmone settico cangrenoso della fossa iliaca interna presso il focolaio di frattura.

Non si riscontrarono altre lesioni viscerali ed il proiettile fu trovato nell'ampolla rettale.

LAPAROTOMIA PER LESIONI MULTIPLE DEL TENUE E DEL COLON DISCENDENTE.

47.° Bocchino Andrea, di 26 anni, da Arzano, barbiere. Entrato nell'Ospedale il 15 aprile 1900 con ferita di revolver al fianco sinistro, profonda in cavità con 2 lesioni passanti del tenue, ed una pure passante del colon discendente con versamento del materiale fecale nel peritoneo.

Laparotomia, enterorafia, colorafia, toletta peritoneale, e zaffo alla Mikulicz, dopo 4 ore dal ferimento.

Dimesso dall'Ospedale guarito il 25 maggio.

LAPAROTOMIA PER LESIONI DELLO STOMACO, DEL DIGIUNO E DEL DUODENO.

48.° Foglia Pio, di 19 anni, da Marcanise, studente. Ricoverato nell'Ospedale il 27 maggio '902 con ferita di revolver alla regione epigastrica profonda in cavità con lesione della parete anteriore e posteriore dello stomaco, due lesioni del digiuno ed uno del duodeno con versamento del contenuto nella cavità peritoneale.

Laparotomia, enterorafia, digiunorafia, duodenorafia, toletta peritoneale e zaffo alla Mikulicz. Il proiettile venne estratto dalla regione lombare sinistra in corrispondenza dell'apofisi trasversa della seconda vertebra lombare fratturata.

Esce dall'Ospedale il 18 giugno.

LAPAROTOMIA PER LESIONI DELLO STOMACO, DEL DUODENO, DEL TENUE E GRAVE EMORRAGIA.

49.° Di Lorenzo Vincenzo, di anni 20, da Napoli, fabbro. Ricevuto nell'Ospedale il 30 dicembre '900 in condizioni gravissime, con una ferita da punta e taglio al secondo spazio intercostale destro sulla linea angoloscapolare, lunga 3 centimetri, profonda nella cavità toracica, e con ferita passante di revolver all'addome con forame di entrata alla regione lombare sinistra, e propriamente nel mezzo dello spazio ileo-costale tra le linee ascellare posteriore ed angolo-scapolare. Il proiettile, attraversato l'addome, si era arrestato nel connettivo sottocutaneo della regione epigastrica sulla parasternale destra, un due dita trasverse in sotto dell'arcata costale.

Estratto il proiettile di calibro 9, e aperto largamente l'addome sulla linea alba venne fuori una grande quantità di sangue raccolto nel peritoneo, facendo scorgere la sorgente dell'emorragia verso l'ipocondrio sinistro, che si frenò con la compressione di un grosso pannolino di garza.

Si trovò ferita passante dello stomaco, vasta ferita della terza porzione del duodeno, e larga ferita di un'ansa del tenue, dalle quali si era versato il contenuto nel cavo peritoneale. Fatte le suture dello sto-

meo e dell'intestino, per arrestare l'emorragia fui costretto ad incidere la parete addominale trasversalmente all'altezza dell'ombelico fino all'ascellare anteriore sinistra.

Riscontrata la milza ed il rene integri, rinvenni l'origine della grave emorragia in una larga scontinuità del mesocolon discendente, forse per lesione della colica superiore sinistra. Afferrata la detta scontinuità tra due Klemmer vi passai al disotto un laccio arrestando del tutto l'emorragia.

Toletta peritoneale, chiusura dell'addome, fasciature espulsive degli arti, iniezioni eccitanti di etere e caffeina.

Dimesso dall'Ospedale guarito il 20 gennaio.

LAPAROTOMIA PER LESIONI DEL PANCREAS, DEL TENUE E DEL COLON TRASVERSO.

50.° Acunzo Raffaele, di 27 anni, da Torre Annunziata, contadino. Ricoverato all'Ospedale l'11 febbraio '901 con ferita passante di revolver all'addome con forame di entrata sulla linea paraspondiloidea sinistra in corrispondenza dell'apofisi spinosa della 2^a vertebra lombare, e con forame d'uscita alla regione epigastrica destra, tra la linea mammillare e la parasternale, un due dita trasverse in sotto dell'arcata costale.

Laparotomia mediana, sutura di ben 6 lesioni del tenue, e di una del colon trasverso verso l'angolo epatico, e sutura del pancreas scontinuat tra la testa ed il corpo, previa incisione trasversale delle pareti addominali dall'ombelico alla linea ascellare anteriore destra.

Toletta del pacchetto intestinale e del cavo peritoneale, e chiusura dell'addome con triplice strato di sutura.

Licenziato guarito il 16 marzo.

ALCUNE OSSERVAZIONI.

Degni tra gli altri di qualche considerazione sono i casi 44, 46 e 50.

Il primo per l'avvenuta morte repentina, come quella che molto difficilmente si può spiegare; poichè, lasciando da parte altre ipotesi più o meno attendibili (embolismo cerebrale, sincope, ecc.) la sola emorragia secondaria si sarebbe potuto invocare, se le lesioni del fegato e della milza in verità non fossero state tali da fare quasi assolutamente escludere, che avessero potuto dare luogo ad un'emorragia mortale, e rapidamente mortale.

Epperò solo l'autopsia, eseguita *lege artis*, ne avrebbe potuto constatare la causa vera, se alle volte gl'interessi della giustizia non fossero incompatibili con quelli della scienza.

Il secondo per due ragioni: causa della morte, luogo dove fu trovato il proiettile. Giacchè la causa della morte non fu la peritonite, come era stato diagnosticato in vita, ma il flemmone settico cangrenoso della fossa iliaca interna presso il focolaio di frattura dell'osso iliaco, ed il proiettile fu rinvenuto nell'ampolla rettale, dove giunse certamente dopo di avere percorso tutto il colon, non potendosi sostenere l'ipotesi, che fosse andato direttamente nel retto, sia per il solo forame d'entrata, posto nella parete posteriore del cieco, e sia per l'integrità del retto, constatata all'autopsia. Notevole inoltre il fatto, che durante l'ope-

razione non se ne constatò la presenza nè nel cieco, nè nel colon ascendente, dove naturalmente furono portati l'esame e l'investigazione, nella certezza, che in essi si fosse dovuto arrestare.

Avvenuta pertanto la morte con i fenomeni di sepsi peritoneale, si affacciò spontaneo il dubbio nell'animo mio di possibili altre lesioni intestinali sfuggitemi all'atto operativo; dubbio che cercai di giustificare a me stesso, ammettendo che il proiettile avesse leso tangenzialmente la parete posteriore del cieco. Ma la autopsia venne a togliere ogni dubbio, facendo rilevare l'eccezionalità del caso.

Il terzo per essere il primo caso d'intervento nelle ferite del pancreas mercè la sutura.

Benchè poi si fosse quasi sempre trattato di lesioni gravissime, pure non si sono avute che 3 morti (casi 44, 45, 46). Alle quali aggiungendo le 4 dei sei casi riportati nelle precedenti pubblicazioni, si hanno 7 morti su 13 interventi, cioè una percentuale di mortalità del 53 %, mentre quella della statistica generale è del 71 %.

BREVI CONSIDERAZIONI.

Dalla non breve pratica nelle ferite penetranti dell'addome ho potuto rilevare alcuni fatti, sui quali credo opportuno richiamare l'attenzione e l'esame per evitare possibili errori, per migliorare la tecnica operativa, e per fare alcune proposte.

1.° Anzi tutto è uopo fermarsi un po' sull'emorragia endoadominale nelle ferite penetranti; emorragia che assume i caratteri di una gravità spaventevole anche per lesioni di piccoli vasi mesenterici. Di vero non poche volte è avvenuto, che, aperto l'addome e visto, uscire una fiumana di sangue, subito lo si è chiuso, supponendo una lesione dell'aorta o della cava, mentre l'autopsia poi non constatò che lesioni di qualche piccolo ramo delle arterie mesenteriche.

La ragione della gravità dell'emorragia la si deve trovare sia nella vicinanza dell'aorta, sia nella poca pressione endoaddominale e sia nella ricchezza della collateralità.

Donde scaturisce il precetto di non arrestarsi innanzi alla violenza dell'emorragia, la quale assume anche carattere più spaventevole per il sangue raccolto nella cavità peritoneale, ma, una volta deciso l'intervento ed aperto l'addome, andare alla ricerca dell'origine dell'emorragia, che, come si è detto, è sempre una diramazione delle arterie mesenteriche, e qualche rara volta una delle mesenteriche; ma se anche vi fosse lesione dell'aorta o della cava il chirurgo ha l'obbligo di ripararvi, chiudendo con la sutura la discontinuità di esse, che non potrebbe essere che piccolissima, altrimenti l'infermo non giungerebbe vivo all'ospedale.

Un altro fatto da tenere presente è la molteplicità delle lesioni intestinali, che quasi sempre si hanno. Molteplicità che non rade volte è difficile spiegare.

Così nelle ferite passanti delle anse intestinali è facile inten-

dere come ne possono essere lese parecchie; ma non così nelle semplici ferite penetranti. Di vero, alle volte si trovano tre, quattro e financo più ferite semplicemente penetranti; sicchè suturata la prima si potrebbe facilmente incorrere nell'errore di chiudere l'addome nella certezza, che non ve ne potessero essere altre una volta che l'arma feritrice si sarebbe arrestata nel lume dell'intestino.

Ora come spiegare in simili circostanze la molteplicità delle lesioni?

A mio giudizio si potrebbe solo spiegare, ammettendo che l'arma feritrice, penetrando tra le anse intestinali, le interessasse tangenzialmente, spiegazione che sarebbe solo contraddetta sia dalla natura delle lesioni che hanno tutti i caratteri di ferite da punta e taglio anzichè da taglio, e sia dalla sede di esse, che alle volte è proprio presso l'inserzione mesenterica.

Comunque, ne nasce il precetto di non arrestarsi alla sutura di una lesione penetrante dell'intestino, ma di svolgere quasi tutto il pacchetto intestinale per assicurarsi della sua integrità, ovvero provvedere ad altre possibili lesioni.

2.° I successi davvero portentosi, avuti dal drenaggio della cavità peritoneale in alcuni dei casi esposti, mi obbligano a trattenermi un poco per determinarne meglio le modalità e l'uso.

Tra le diverse forme di drenaggio del cavo peritoneale non si può essere se non fautori del capillare, che trova la sua attuazione nello zaffo di Mikulicz, per ovvie ragioni che non è qui il luogo di ripetere.

Mi sia lecito qui solo di difenderlo da alcune accuse, che gli sono state mosse, e che sono del tutto ingiustificate.

Alcuni, invero, lo ritengono insufficiente, incapace, cioè, a drenare tutto il cavo peritoneale, essendosi alcune volte osservato che alla rimozione dello zaffo è venuta fuori dalla cavità addominale una certa quantità di liquido, che lo zaffo non era riuscito a rimuovere.

Ma codesto inconveniente più che allo zaffo in sè stesso è da attribuirsi senza dubbio alla sua cattiva applicazione; imperocchè, essendo esso fondato sui principii indifetibili della fisica, è naturale che si debbano osservare rigorosamente le condizioni, nelle quali essi soltanto si esplicano. Di vero, mentre da tutti si parla e si fa uso dello zaffo alla Mikulicz, ben pochi sono quei chirurghi, che seguono ed attuano i precetti indispensabili perchè esso corrisponda all'intento. Dal canto mio posso assicurare, che giammai è venuto meno, portando sempre fuori del cavo peritoneale e sangue e secreti.

Un'altra accusa, che si fa allo zaffo di Mikulicz, è la possibilità, che attraverso di esso penetrino nel peritoneo agenti infettivi. Però studii recenti, fatti da Preobajenski nell'Istituto Pasteur, dimostrerebbero, che ciò non avviene quando lo zaffo funziona regolarmente; giacchè i detti agenti infettivi seguirebbero la corrente dei liquidi portati fuori dell'addome per capillarità, e solo quando questa corrente si arrestasse, cioè nel caso che lo zaffo

più non funzionasse, sarebbe possibile la loro penetrazione nel peritoneo.

Quindi anche quest'altra accusa è dovuta non allo zaffò di Mikulicz riguardato in sé stesso, ma alla sua cattiva attuazione.

E ad evitarla occorrerà che l'estremità esterna dello zaffo sia sempre in contatto con medicatura sterile, ed assorbente, la quale dovrebbe essere rinnovata non appena imbibita dei secreti peritoneali.

Delle altre piccole accuse non parlo, giacchè esse non hanno alcun valore innanzi ai vantaggi grandissimi dello zaffo alla Mikulicz.

Uso. — Questo d'altronde, almeno nelle laparotomie per lesioni violente, dovrà limitarsi alle seguenti due indicazioni; cioè quando vi sia peritonite in atto, incipiente o minacciante, ovvero quando per l'esteso e grave versamento gastro-intestinale nel peritoneo non si sia sicuri della perfetta toletta e sterilizzazione peritoneale; e quando non si sia potuto fare una perfetta emostasi.

Nel quale ultimo caso lo zaffo di Mikulicz risponde a due indicazioni: a frenare, cioè, l'emorragia ed a portare fuori dell'addome il sangue che per avventura si versasse nel peritoneo. Quindi il suo uso è indiscutibile quando non si riesca ovvero non si possa eseguire un'emostasi perfetta. Ed io non poche volte ho ottenuto, grazie ad esso, risultati davvero meravigliosi.

Ed anche risultati non meno meravigliosi ho ottenuto nelle peritoniti incipienti ovvero in atto, come lo dimostrano i casi 29, 31, 32, 40, 47 e 48.

Per conseguenza d'ora innanzi non chiuderò più l'addome completamente, se non quando avrò la certezza della perfetta asepsi della cavità peritoneale, e della esatta emostasi; in tutti gli altri casi userò lo zaffo alla Mikulicz per la sua efficacia portentosa.

3.° E qui porrò termine con una domanda: i casi di guarigione ottenuti con l'intervento nelle peritoniti in atto non deporrebbero per la soluzione positiva della quistione, che si è incominciata oggi ad agitare circa la cura chirurgica delle peritoniti postoperative? A me francamente parrebbe di sì per le seguenti ragioni.

Prima di ogni altro è a prendere in considerazione l'analogia tra le peritoniti traumatiche con quelle postoperative; epperò se le prime sono suscettibili della cura chirurgica, perchè non lo dovrebbero essere le seconde?

Si obietta da alcuni, che le peritoniti postoperative per lo più decorrono con i fenomeni di sepsi generale, epperò riuscirebbe inutile ogni intervento diretto sul peritoneo.

Ma, di grazia, se la sepsi generale è causata dall'infezione peritoneale, non è logico di tentare di arrestare questa per vedere scomparire l'altra?

Si soggiunge: è difficilissimo per non dire impossibile di arrestare un processo settico del peritoneo una volta iniziatosi.

Si risponde: se questo poteva dirsi pochi anni fa, non può ripetersi oggi, che la chirurgia dispone di mezzi efficacissimi per combatterla; e già sono stati pubblicati dei casi di peritoniti con-

secutive ad operazioni sul ventre. nei quali si ottenne la guarigione col riaprire la cavità addominale per asciugare l'essudato e stabilire un drenaggio con garza (Erlach).

Ora nelle malattie fatalmente mortali basterebbe un caso solo di guarigione per giustificare, per autorizzare anzi l'intervento chirurgico; giacchè come ben dice Michoux se è vero « qu'on ne sauvera pas tous les malades » è vero anche « qu'on aura certainement la joie d'arracher à la mort quelques-uns de ceux dont l'état semblait le plus désespéré ».

Ammessi, dunque, come razionale, scientifico ed umano l'intervento nelle peritoniti postoperative, vediamo un po' in che debba esso consistere.

È uopo anzi tutto premettere, che nella sepsi peritoneale di Wegner, cioè nelle peritoniti acutissime, in cui la morte avviene rapidissimamente per intossicazione settica generale, l'intervento chirurgico deve essere riservato al senso clinico ed al tatto chirurgico dell'operatore, giacchè con essa la speranza di salvare l'infermo è molto lontana, per non dire affatto assurda.

Ma se è vero, che la intossicazione settica generale dipenda dalla entrata enorme nel sangue di materiali settici dovuti ai batterii, che si trovano in numero sterminato nell'essudato peritoneale, la titubanza del chirurgo nell'accingersi ad operare dovrebbe essere vinta dalla possibilità, se non altro, che, eliminando il detto essudato, che sempre esiste, benchè alle volte molto scarso, non avendo il tempo il peritoneo di reagire neppure, e con esso i materiali settici con i loro produttori, ed impedendo che se ne accumulasse altro col drenaggio del cavo addominale, si potesse sottrarre l'infermo a morte sicura.

Comunque, deciso l'intervento la condotta da tenere dovrebbe essere la seguente in questa ed in altre forme di peritoniti meno gravi.

Prima d'ogni altro, specialmente quando le condizioni generali siano molto depresse, occorrerà iniettare nelle vene dell'infermo, una certa quantità (da 500 a 1000 grammi) di soluzione fisiologica di cloruro di sodio, la quale oltre al lavaggio del sangue dalle sostanze tossiche, oltre al favorire l'eliminazione di esse dall'organismo, oltre ad esagerare il potere fagocitario dei leucociti, avrebbe azione stimolante sul sistema nervoso depresso.

Di vero, nei casi di grave sepsi generale per peritonite si assiste a delle vere resurrezioni degli infermi in seguito alla fleboclisi di siero artificiale; resurrezione però che dura breve tempo, giacchè, non distruggendosi o modificandosi il focolaio d'infezione, l'organismo torna ad avvelenarsi delle sostanze settiche, che in esso si elaborano, per cui si è costretti ad una seconda, ad una terza ed a molte altre fleboclisi sempre con l'identico risultato, finchè il più delle volte si ha la morte per esaurimento.

Nè bisogna temere le preoccupazioni di Hayem, secondo il quale il siero artificiale avrebbe proprietà perturbatrici sui globuli sanguigni, nè la possibilità dell'edema acuto polmonare paventata da altri, giacchè i fatti sono lì a dimostrare che non hanno alcun fon-

damento, tanto che Lejars in 5 giorni ebbe ad iniettare ben 26 litri di siero artificiale nelle vene di un ragazzo con rottura intestinale da contusione, salvandolo dalla morte senza il benchè minimo incidente.

Migliorate le condizioni generali con la fleboclisi di siero artificiale, si deve aprire largamente il ventre sulla linea alba per procedere alla disinfezione del peritoneo.

Dimostrate esagerate le preoccupazioni di azioni riflesse molto gravi nelle larghe lavande del peritoneo, alle quali d'altra parte la scuola inglese attribuisce anche un'azione *vivificante* oltre quella detersiva, la disinfezione del cavo addominale si dovrà fare con esse. E tutti i chirurghi omai pare che siano di accordo di non usare soluzioni antisettiche, ma semplicemente acqua sterile, o, meglio, soluzione fisiologica di cloruro di sodio.

Adunque, aperto l'addome e portato fuori tutto il pacchetto intestinale vi si fa giungere su di esso un largo getto di acqua riscaldata a circa 40 C., e lo si lava ben bene, cercando poscia di asportare i depositi fibrinosi, che vi si trovassero, con pannolini sterili, come si procederà anche per il peritoneo parietale, di cui occorre detergere tutte le anfrattuosità, massime nei punti più declivi.

Introdotta poscia il pacchetto intestinale nell'addome lo si chiude, drenandolo con lo zaffo di Mikulicz, che porterebbe fuori i secreti peritoneali non appena vi si tornassero a formare.

Occorrendo, dopo l'operazione si potrebbe fare con vantaggio qualche altra fleboclisi.

Adunque, fleboclisi, laparotomia, lavande detersive della cavità peritoneale e del pacchetto intestinale, zaffo alla Mikulicz. Questa la condotta da tenere nella cura delle peritoniti postoperative, giacchè la proposta di Iaboulay, Hadra, Tavel ecc. di ricorrere all'exenteropessia ed alla lavanda continua mi sembra un po' azzardosa, sia per la gravità di mantenere fuori della cavità addominale l'intestino per alcuni giorni, e sia per la difficoltà di poterlo rimettere dopo.

Inoltre nel dubbio, che lo zaffo di Mikulicz fosse insufficiente a drenare il cavo addominale, lo Iaboulay proporrebbe il drenaggio transperitoneale, facendo una controapertura ai lati del cocige. E già Rémy ha pubblicato due casi di guarigione ottenuta in peritonite da appendicite con il drenaggio transperitoneale.

Nelle donne si potrebbe aprire il cul di sacco di Douglas.

Molte volte nelle peritoniti con grave meteorismo all'infuori della laparotomia si dovrebbe anche vuotare l'intestino del contenuto, e ciò per diverse ragioni.

Anzi tutto il grave meteorismo intestinale producendo grave ostacolo alla respirazione ed alla circolazione, il rimuoverlo non potrebbe non ritornare di grande vantaggio e sollievo all'infermo.

E poi Heidenheim, seguito dal Kocher, ritiene, che in alcune peritoniti non si muoia per l'infezione considerata in sé stessa, ma per la paralisi intestinale, che ne è la conseguenza.

Epperò da parecchi chirurghi si sarebbero proposte punture mul-

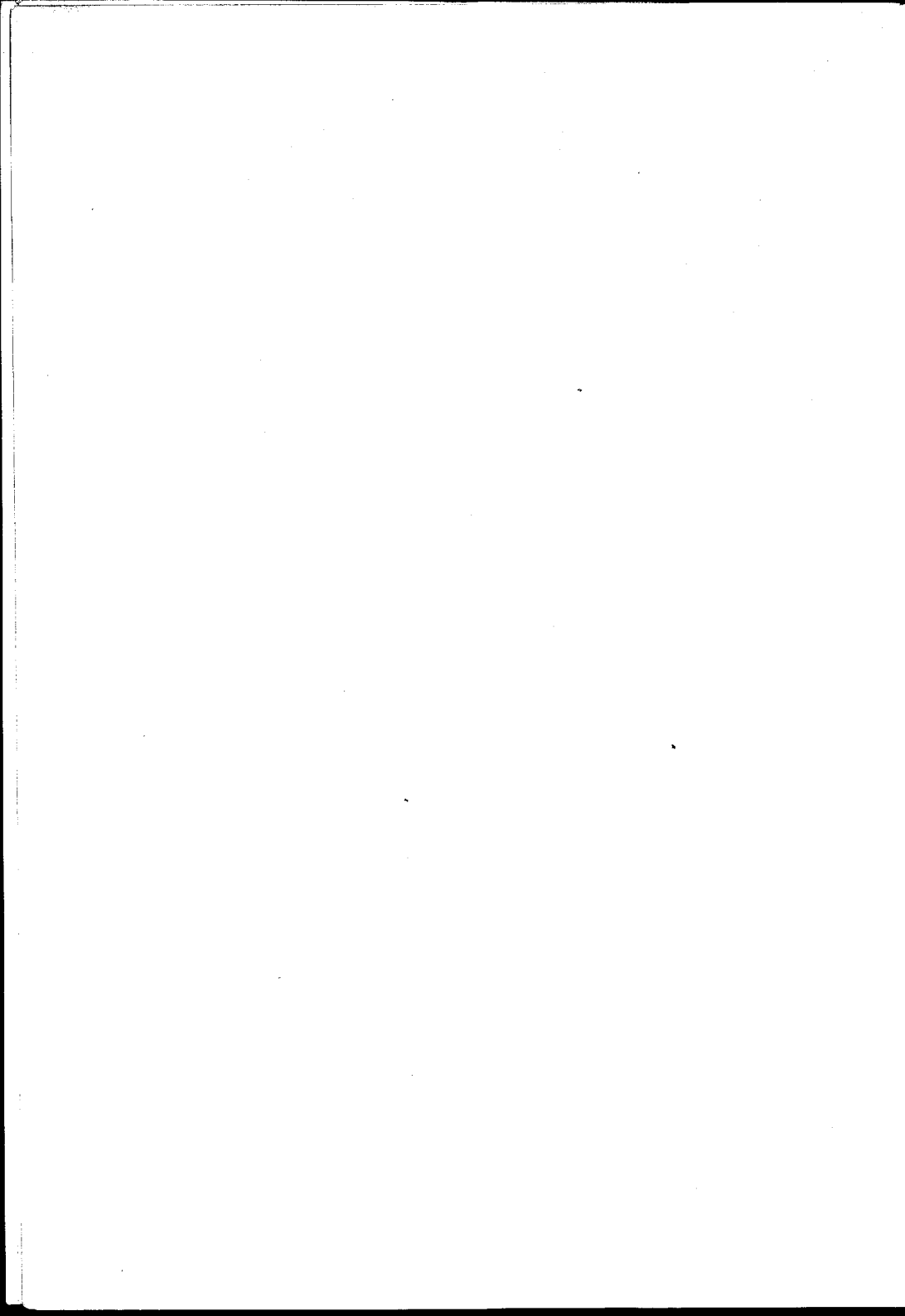
tiple dell'intestino per vuotarlo dei gas; punture, a vero dire, inefficaci non solo, ma anche pericolose, per il possibile versamento del contenuto intestinale nel peritoneo.

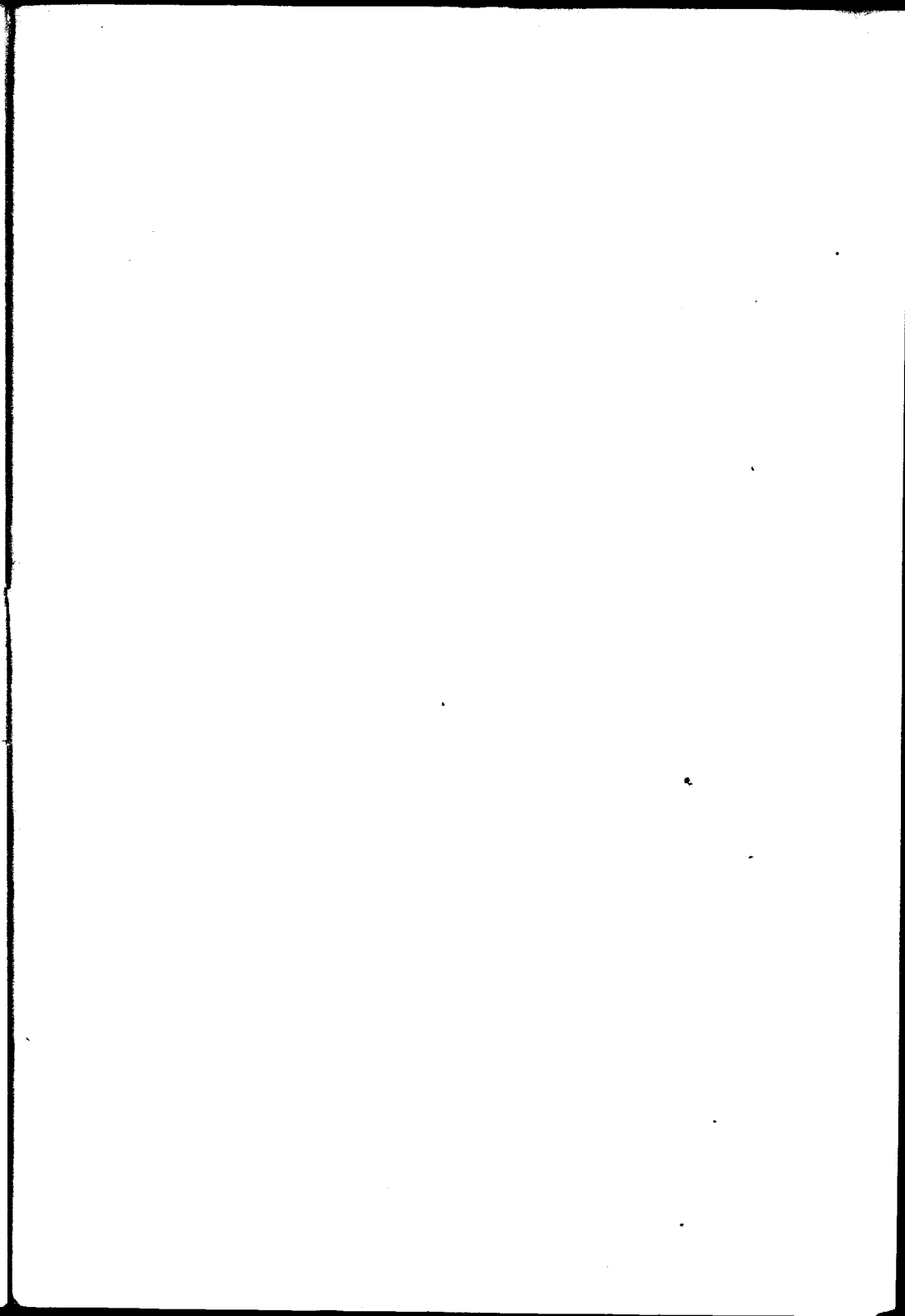
Preferibile è senza dubbio la proposta di Henrotin, cioè dell'enterostomia, più propriamente detta enteroproctia, con la quale si vuota l'intestino dei gas e del materiale solido ed in un modo duraturo; proposta appoggiata da Hadra, da altri, e specialmente da Houzé, il quale cita sette operazioni in proposito, in cui si ebbe un miglioramento notevole in seguito all'enteroproctia in casi assolutamente mortali.

Tanto che Houzé così conchiude: « La production, soit chirurgicale soit spontanée, d'une fistule intestinale semble avoir apporté une amélioration rapide et marquée à un état morbide, qui paraissait désespéré ».

Adunque, nei casi di grave meteorismo da paralisi intestinale si dovrà aggiungere alla fleboclisi, alla laparotomia, al lavaggio deterativo ed al drenaggio della cavità peritoneale la enteroproctia per vedere aumentate le speranze di guarigioni nelle peritoniti postoperative con la cura chirurgica.

Epperò non saprei mettere termine meglio al presente lavoro, se non con il voto che fra non guari la ardimentosa chirurgia moderna abbia ad annoverare tra gli altri mirabili suoi trionfi anche quello della cura delle peritoniti postoperative, se pur queste non finiranno con lo scomparire affatto pel progresso incessante dell'asepsi e della tecnica.







Geoffroy
Sezione di, Policing,
Via del Carrozza &
Roma