

La Clinica

DIRETTORI:

PROF. ANTONIO GASBARRINI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA MEDICA
BOLOGNA

PROF. RAFFAELE PAOLUCCI

DIRETTORE
DELLA R. CLINICA CHIRURGICA
ROMA

REDATTORE CAPO
MARIO TRINCAS

REDATTORI PER LA MEDICINA

G. BASSI e G. SOTGIU

REDATTORI PER LA CHIRURGIA

A. QUIRI e E. RUGGIERI

SEGRETARIO DI REDAZIONE

E. BERNABEO

ANNO SESTO

1940



Mis B
67
30

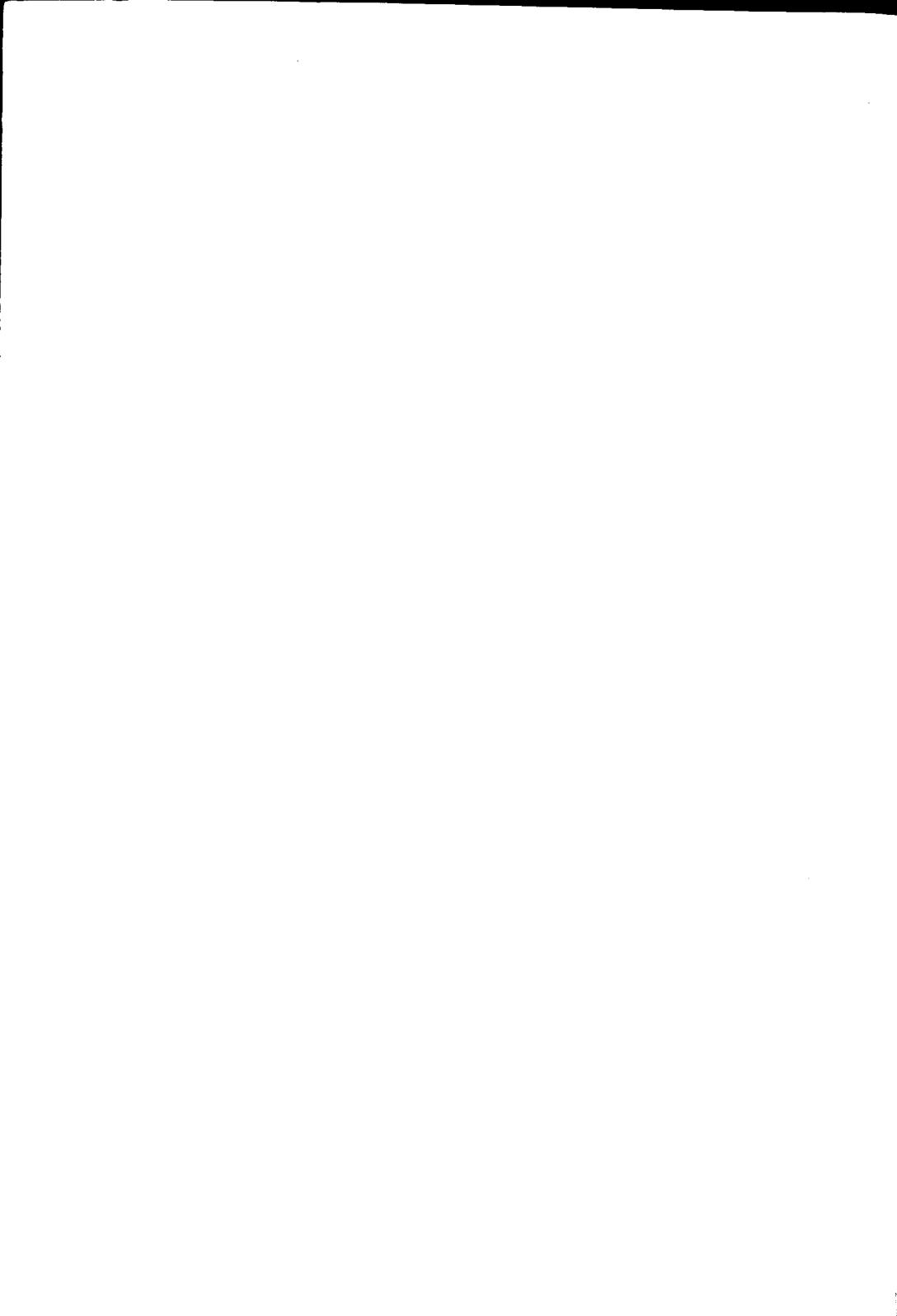
LIBRI RICEVUTI

R. PAOLUCCI DI VALMAGGIORE

TECNICHE CHIRURGICHE

(Cappelli, Bologna, 1939-XVII).

L. CAPPELLI — EDITORE — BOLOGNA



LIBRI RICEVUTI



R. PAOLUCCI DI VALMAGGIORE - **Tecniche Chirurgiche.** (Cappelli, Bologna, 1939-XVII).

Ultimo avanzo del grande naufragio della famosa Medicina operatoria che non è altro che la Tecnica Chirurgica — assisto in questo occaso della mia lunga carriera di Maestro ad un fatto molto curioso, e da me più volte rilevato in molti miei scritti — che cioè anche in Italia si incomincia a comprendere che la tecnica Chirurgica ha notevole importanza, anzi è la pietra fondamentale della Chirurgia operativa.

Diceva il mio grande Maestro BASSINI: Chi non sa lavorare e non si esercita sul cadavere, non potrà mai operare bene sul vivo, ed egli teneva moltissimo alle sue lezioni del martedì e del lunedì di tecnica chirurgica per le quali era appassionatissimo. Fu appunto con i suoi studi sul cadavere che riuscì a scoprire nuovi orizzonti alla chirurgia operativa. Al mio insegnamento di med. op. nella Università di Genova io ho dato un indirizzo completamente diverso da quanto si pratica nelle altre Università. Non mi sono limitato alle legature, amputazioni etc. fatte di solito da un melanconico assistente nelle ore del crepuscolo nella sala incisoria, ma ho trattato sul cadavere tutta la traumatologia provocando su esse le più svariate lesioni, studiandone gli esiti e prospettando la cura. Basterebbe solo questo capitolo per occupare tutto il corso per quanto oggi ridotto ai minimi termini. E così feci anche quando fui chiamato a Padova per il corso accelerato di Chirurgia per gli allievi ufficiali medici che ancora oggi quando li incontro ricordano con piacere i miei insegnamenti.

Come si può pretendere che un giovane allievo esegua correttamente un'operazione di Bassini se non conosce l'anatomia della regione inguinale e si sia esercitato nella tecnica? E come si potrà fare una amputazione, una resezione articolare se non si sono fatti sul morto numerosi esercizi? Io ritengo che sarebbe molto più utile per l'insegnamento della Chirurgia istituire una cattedra a sé stante di Tecnica chirurgica, abolendo magari la Patologia chirurgica, perchè secondo la mia opinione non è che un controaltare della Clinica, del quale se ne potrebbe fare a meno benissimo. Meditino su queste mie parole quei famosi talenti che hanno consigliato i moderatori dei nostri studi Chirurgici ad abolire la Tecnica chirurgica e persino l'anatomia topografica. Credono che uno stu-

dente con 5-6 preparazioni sul cadavere (e anche meno) possa comprender qualche cosa di serio per la chirurgia? Colle chiacchiere e con i grandi discorsi non si educano i giovani studenti. Occorrono fatti, dimostrazioni, esercitazioni pratiche.

Mentre all'estero e specialmente in Germania si pubblicano testi di Tecnica Chirurgica con dovizie di figure anche colorate e di gran mole, purtroppo in Italia in questo riguardo si è fatto poco, e quel poco non sempre bene. Il PAOLUCCI presenta con rara modestia questo suo primo volume delle tecniche Chirurgiche più frequenti da lui usate negli anni (dal 32-38) del suo insegnamento nella Clinica Bolognese. Fece scrivere i singoli argomenti dai suoi allievi (BENDANDI, BERNABEO, MERLINI, RUGGERI, PESCATORI, PRINCIGALLI, CONTI e TOMASSINI) e il bravo pittore accademico CAROLI illustrò con figure i singoli interventi operatori. Egli stesso dettò il capitolo: «La cura Chirurgica dell'ascesso fetido del polmone».

Il PAOLUCCI non è allievo di una grande scuola, quantunque sia stato per certo tempo col DONATI, ma egli è allievo di se stesso. Egli è uscito fuori d'Italia e d'Europa, ed ha veduto operare i più grandi chirurghi e quei piccoli, apprendendo pregi e difetti da tutti — i primi per imitarli i secondi per evitarli — imparando una cosa molto utile ossia i dettagli di ogni operazione che hanno sempre grandissima importanza. In questo modo studiando e riprovando ha potuto migliorare le sue statistiche che non sono come quelle di molti chirurghi fatte ad usum Delphini, ma rispecchiano la più severa e nuda verità. E cita a suffragio la sua progrediente e migliorante casistica circa la colecistectomia, il Flaiani-Basedow, la chirurgia gastro-intestinale etc. Ed io che da un anno frequento con passione la sua Clinica posso affermare che le sue statistiche sono andate sempre più migliorando. Dice bene il PAOLUCCI che la chirurgia è una grande arte, che si basa però sopra fondamenta scientifiche prima fra tutte l'anatomia che sorregge sempre il chirurgo in ogni atto operativo, alla quale seguono l'anatomia patologica e le altre scienze ausiliarie che servono al chirurgo per confermare la diagnosi o addirittura svelarla come la Radioscopia etc., le prove di laboratorio, che oggi hanno pure notevole importanza. L'arte chirurgica rassomiglia molto alla scultura, ma come in questa vi sono i sommi scultori i mediocri ed i piccoli, così anche nell'arte chirurgica troviamo i grandi ope-

ratori i mediocri e i piccoli. L'arte è un dono congenito; si può migliorare e perfezionare coll'esercizio collo studio, ma è sempre un attributo personale, e questo noi lo vediamo benissimo nel chirurgo operatore. Ho veduto ad operare i più grandi chirurghi di Europa, e sono allievo di Bassini che oltre a scienziato fu anche artista nell'anima perfetto. PAOLUCCI è anatomico profondo, conosce e mette in pratica tutte le risorse che all'operazione mettono a disposizione le scienze ausiliarie; colla pratica immensa che egli possiede malgrado la sua giovane età, affronta l'operazione con calma con sicurezza; sa disimpegnarsi in ogni sorpresa operatoria con serenità e rapidità. Maneggia gli strumenti con quella eleganza propria dei nostri grandi maestri che noi abbiamo conosciuti, è sempre presente a se stesso anche nelle più ardue contingenze, che sa superare da provetto nocchiere. Ma un grande merito che chiameremo artistico possiede il PAOLUCCI: quello di rendere la tecnica operatoria semplice e facile con modificazioni che rivelano l'artista, semplificazioni che egli va sempre più ideando e praticando. Vedremo che nelle operazioni che discuteremo questo fatto emergerà pienamente. Il render facili i momenti operatori per se difficili non è cosa da tutti. Qualunque sorpresa operatoria non lo altera affatto. Rammento sempre BASSINI che facendo una splenectomia essendo la milza scivolata dalla parte dove assistevo io, si ruppe il peduncolo che egli afferrò colle dita e successivamente con gli strumenti senza punto scomporsi, e con pieno successo rilevato dai suoi scolari. PAOLUCCI è anche operatore prudentissimo e se si trova d'innanzi a casi speciali si rifiuta di proseguire l'operazione per non danneggiare il malato, o la rimanda a momento più opportuno. Non tutti gli operatori conservano sempre la dovuta calma; molti si inquietano e si agitano. Il nostro Operatore lavora in perfetto silenzio senza scatti e senza rimproveri per chi lo assiste. Il chirurgo — dice PAOLUCCI — che si illude di saperne già abbastanza e si chiude nel suo reparto e non esce dalla sua porta e non tende a rinnovarsi, si condanna da sé. Occorre muoversi uscire dal proprio paese, vedere e studiare i progressi degli altri, se non si vuol invecchiare e arrestarsi. E questo fa il PAOLUCCI in modo che egli sa parlare di una gran parte degli operatori fuori d'Italia, e dalle sue lezioni fa comprendere che egli segue realmente in tutti i campi della chirurgia i progressi che essa fa. Questo suo libro costituisce secondo egli scrive solo una tappa nel suo cammino, e crede che di qui a qualche anno lo troverà in molti punti superato, e lo modificherà e sarà grato a quelli che lo aiuteranno a colmare le lacune eventuali. Parole di rara modestia e che indicano la elevatezza del suo pensiero. Io formulo un augurio per conto mio, che cioè a questo primo volume di tecnica chirurgica ne succedano altri numerosi in modo che il PAOLUCCI elabori un completo trattato di tecnica chirurgica del quale si sente un grande bisogno, in modo che anche la chirurgia Italiana possa stare alla pari con quella delle altre Nazioni. Questo suo primo volume piccolo di mole ma sostanzioso semplice chiaro con ottime figure illustrative è un saggio che ci fa precludere e sperare in una completa esplicazione della nostra scienza prediletta, che reclama anche in Italia i suoi reali dritti. Ho scritto queste righe in piena coscienza e convincimento come potranno giudicare i colleghi che leggeranno questo prezioso volume.

CAPITOLO I.

LA CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

(Scritto dal Dott. Bendandi Giuseppe)

La Clinica chirurgica di Bologna che ha nobilissime ed alte tradizioni per opera del PAOLUCCI è oggi la più completa d'Italia. Utilizzati i vecchi ambienti della Clinica di S. Orsola, fu costruito un fabbricato nuovo nel quale si concentrano gli ambienti operatori, i laboratori l'aula per le lezioni e un reparto dozzinanti. Con sedici nitide tavole il BENDANDI illustra tutte le parti della nuova Clinica alla quale nulla manca delle risorse moderne in ogni campo. La clinica capace di 130 letti funziona come reparto ospedaliero anche durante le ferie accademiche, e quindi il materiale è abbondantissimo e svariato. La clinica di Bologna fu sempre maestra di alto patriottismo. PIETRO LORETA fu a casa mia nel Trentino nel '66, e divenne amico di mio povero padre medico condotto vicino a Bezzecca. PAOLUCCI ha voluto che a monito dei Maestri e degli Allievi di Bologna rimanesse un ricordo della sua opera svolta in Africa ove col suo personale si trasferì durante la guerra d'Africa rimanendovi dal 18-XI-1935 fino al 12-VI-1936-XIV. La targa porta queste memorabili parole.

PARTIRONO VOLONTARI
DA QUESTA CLINICA CHIRURGICA
PER LA GUERRA D'AFRICA
DONDE SORSE L'IMPERO
DIRETTORE ASSISTENTI ED INFERMIERI
— — —
RIMANGA TRADIZIONE
DI QUESTA SCUOLA UNIVERSITARIA
RISPONDERE PER PRIMA
ALLA GRANDE VOCE DELLA PATRIA

18-X-1935-XIII

12-VII-1936-XIV

Per chi ha dato alla nostra Patria quello che ha offerto PAOLUCCI nella grande guerra non farà meraviglia sapere quello che egli fece durante la guerra Etiopica portando il suo prezioso contributo ai nostri feriti in quelle inospiti terre, e aggiungendo un'altro gemma alla sua gloriosa vita di soldato e di medico. Il BENDANDI oltre alle numerose figure per i singoli ambienti ha voluto anche presentare l'armamentario completo per singole operazioni (gastro-resezioni, lobectomie e strumenti speciali di PAOLUCCI) dei quali parleremo a suo tempo. Vi sono anche delle grafiche per il movimento degli ammalati e degli operati.

CAPITOLO II.

ANESTETICI E METODI DI ANESTESIA

Lo stesso Dott. BENDANDI scrive questo interessante capitolo.

Nella Clinica di Bologna dal '32 al '38 furono eseguite 740 anestesie, Anestetico preferito l'etere, propinato con la maschera di Ombredanne o coll'appar-

rechio D'Agostino con vapori d'etere sopriscaldato. Si prepara il paziente con una iniezione di morfina con l'aggiunta di un cardiotonico. Fu usata nel 55 % dei casi. Talvolta per narcosi brevi il cloruro d'etile. Per l'anestesia locale si usa la soluzione fresca di novocaina al 0,75 %. Dette ottimi risultati e fu usata nel 25,69 % degli operati. L'anestesia locale con narcosi basale va prendendo sempre maggiore diffusione. Io ho adoperato parecchi anni or sono il pantopon-scopolamina di Roche, che mi ha sempre corrisposto benissimo. Venne poi in uso il dilaudid-scopolamina e da ultimo il Preanest di Zambelletti al quale nella Clinica oggi si dà la preferenza, e che è ottimo.

Anche per mia esperienza è utile fare l'iniezione parecchio tempo prima, anche due-tre ore. Ho potuto eseguire colla sola narcosi basale anche operazioni senza bisogno dell'anestesia locale. Gli operati restano tranquilli, anche dopo l'operazione, non vomitano; solo qualche volta occorre siringarli la sera. Con un'altra puntura di morfina passano la prima notte in perfetta calma. È giustissimo che questo genere di narcosi costituisca una acquisizione di grande rilievo, e questo fatto si osserva anche dovendo procedere alla anestesia eterea o cloroformica.

La rachianestesia va pendendo sempre più di terreno. Viene preferita nelle operazioni sul sigma-retto nelle occlusioni intestinali. Si fa precedere da una iniezione di efdrina e si inietta il contenuto delle ampolle bigemine per rachianestesia dell'I. S. M. che ci garantisce la bontà del preparato. L'anestesia peridurale segmentaria di Dogliotti e quella sacrale furono sperimentate a Bologna generalmente con buon esito, ma oggi di fronte alla locale con narcosi basale non vengono usate facilmente. Così dicasi della narcosi endovenosa dell'Evipan. Tutti gli operati vengono sottoposti ad accurata esame epato-renale specialmente per quanto riguarda i valori azotemici. Non è accennato al far alzare presto gli operati o addirittura a non metterli a letto neppure al primo giorno. Anche al congresso di Berlino l'argomento fu trattato. Io lo ho provato specialmente in operati d'ernia vecchi, ma non ho avuto i risultati che mi aspettavo. Preferisco la posizione semiseduta.

CAPITOLO III.

MORBO DI FLAIANI-BASEDOW

È redatto dal Dott. BERNABEO, e vi sono disegnate 11 tavole del pittore Caroli che illustrano molto bene le singole fasi operatorie.

Questo capitolo è assai interessante, e quasi diremmo nuovo, anche per quelli che hanno larga esperienza in proposito. Le norme fondamentali della scuola sono le seguenti: Far sempre precedere la cura medica, non operare in crisi tireotossica che va curata adeguatamente per calmare l'eccitazione psichica, la tachicardia, abbassando il metabolismo basale. Altro precetto fondamentale operare sempre in due tempi, reseccando prima il lobo destro che di solito è il più grosso, e dopo uno o più mesi il sinistro. Questo precetto prezioso non da tutti i chirurghi seguito elimina le tossicosi postoperatorie sempre molto gravi, e migliora spesso la sintomatologia tanto che talvolta resta eliminato il secondo intervento dosando anche il quantitativo del lobo sinistro da espor-

tarsi. Sulla tecnica dell'operazione del gozzo si sono scritti dei grossi volumi. In occasione di una mia operazione di gozzo nella Clinica di Bassini (1892), ho raccolto la letteratura di allora, che riguardava la tecnica operat. del gozzo (enucleazione; svuotamento o evacuazione, resezione di Mikulicz, estirpazione parziale, legatura delle arterie, enucleazione sottocapsulare parziale, etc.), riportando la tecnica di Bassini comune a quella usata in allora dai maggiori esponenti della chirurgia del gozzo primo fra fra i quali il KOEHER di Berna del quale fui ospite per un certo periodo di tempo. Vidi ad operare il BOTTINI che in Italia andava per la maggiore, e che scrisse un trattato sulla chirurgia del collo. Ho visto ad operare il gozzo in Francia, in Inghilterra, in Germania, ma devo confessare che dopo letto il capitolo del BERNABEO ed avere assistito nella Clinica Romana ad un notevole numero di strumectomie sono rimasto fortemente impressionato, e oggi posso affermare che la tecnica del Maestro Romano supera tutte le altre per la sua semplicità, facilità e sicurezza.

Solta posizione dell'operando, incisione a cravatta più o meno lunga o spostata sui fianchi a seconda dei casi. Si scolla col bistori il lembo grande superiore al quale l'Operatore attacca un robusto filo di seta che affida alla trazione di persona fuori del campo operatorio, risparmiando per tal modo una mano dell'assistente diretto. La trazione resta più costante e sicura. Il lembo inferiore viene scollato per il tratto fino al giugolo; ambedue comprendono la cute e il pellicciaio. Vien fatta l'emostasi provvisoria dei vasi. Compare l'aponevrosi cervicale media che solitamente viene incisa col bistori lungo il margine anteriore del muscolo sterno cleido-mastoideo destro, che viene spostato all'esterno. Si vedono i muscoli anteriori del collo che di solito vengono spostati in dentro. Qualche rara volta essi vengono incisi di traverso fra due pinze emostatiche e arrovesciati in alto ed in basso. L'Operatore munito del solo guanto di gomma introduce il suo indice sul fianco esterno del lobo destro in alto, e con adatti movimenti enuclea la parte superiore del lobo stesso aggiornando i vasi tiroidei superiori, che vengono isolati e stretti con due lacci robusti. Una volta era regola di provocare la lussazione della parte inferiore del lobo, e di procedere alla legatura della tiroidea inf. sorvegliando il ricorrente. Il PAOLUCCI non va neppure alla ricerca, e non lega mai la tiroidea inf. Ecco la novità della tecnica che viene usata oggi. Esteriorizzata la parte sup. del lobo dest. a seconda del suo spessore lo traggie con ago e filo robusto, serra l'ansa a ridosso del lobo e ve ne aggiunge due, tre e più, se il lobo è voluminoso. Queste anse servono per stirare tutto il lobo in fuori ed in alto in modo che l'operatore tenendosi sempre a ridosso di esso continuando la trazione sulle anse lo innalza senza strapparlo e lo va liberando dall'interno all'esterno distaccandolo dal tubo laringo-tracheale, man mano che procede ad accurata emostasi dei vasi prevalentemente mediani che incontra nella enucleazione del lobo. Mentre stira il lobo all'esterno si assicura di non aver lesa il ricorrente e le paratiroidi e compie la enucleazione subtotale sotto capsulare del lobo. Se deve reseccare la parte bassa del lobo ricorre ad un altro espediente che è molto bene illustrato nella figura 27. Circonda il peduncolo del lobo nella parte inf. non ancora staccato con un robusto laccio di seta, che stringe moderatamente a ri-

dosso dello stesso peduncolo e con l'applicazione di alcune pinze di Chaput disposte in giro sul peduncolo al disopra del laccio impedisce un eventuale scivolamento: la figura 27 illustra la manovra.

Al disopra delle Chaput si seziona a bianco il peduncolo e si fa una sutura a punti staccati nodosi robusti, che assicura la perfetta emostasi. Si mette allo scoperto il campo operatorio con l'emostasi anche dei piccoli vasi; si affonda un fascetto di fili di catgut. Sutura dei piani profondi e superficiali e della cute. Quali sono secondo noi i vantaggi di questa tecnica in confronto delle altre usate generalmente?

La prima considerazione riguarda la facilità e sicurezza del metodo. L'operazione del gozzo è sempre un atto chirurgico di importanza; qui si presenta invece di facile esecuzione. Vengono risparmiati generalmente i muscoli del collo spostati all'interno.

L'aggreire il gozzo dalla parte superiore del lobo mette subito in mostra i vasi tiroidei sup. che vengono legati.

L'applicazione dei lacci di trazione facilita e rende sicure tutte le ulteriori manovre, senza curarsi della tiroidea inferiore, che non si vede neppure. Il distacco da dentro del lobo dal tubo laringo-tracheale ci mette allo scoperto gli organi ivi decorrenti primo fra tutti il ricorrente. Se non si esegue la resezione o meglio l'enucleazione sottocapsulare del gozzo, il trattamento del peduncolo riesce sicuro e facile, scevro da emorragie. Con questa tecnica si conferma l'aureo precetto che in ogni estirpazione di qualsiasi tumore si deve procedere sempre a ridosso del tumore senza mai allontanarsi da esso. Ho veduto ad eseguire questa operazione anche in quindici-venti minuti senza il minimo inconveniente. I risultati anche nel Basedow sono sempre stati ottimi. Questa tecnica va segnalata come un nuovo prezioso acquisto della Chirurgia operativa. Il KOCHER nei suoi operati non faceva l'emostasi definitiva; lasciava un fascio di pinze che venivano poi tolte dall'assistente per l'emostasi definitiva. Non lo vidi mai ad impiegare meno di un'ora e anche più. BASSINI procedeva con campo operatorio sempre libero e chiaro, accuratissimo nell'emostasi, ma anch'egli impiegava sempre la sua ora di tempo. Nel mio lavoro si legge che BASSINI disponeva fino dall'85 di cinquanta operazioni di gozzo senza un morto, statistica questa per quell'epoca brillantissima.

CAPITOLO IV.

AMPUTAZIONE DELLA MAMMELLA PER CARCINOMA

Questo capitolo di chirurgia quotidiana è trattato dal Dott. A. MERLINI.

Ho seguito lo svolgersi di questa operazione fino dai tempi preantistettici. Il Chirurgo afferrava allora la mammella traendola fortemente verso di se, circondandola di una incisione circolare e staccandola dal petto stagnando il sangue colla compressione o coll'aggiunta dei caustici.

Anche dopo la scoperta di Lister si estirpava l'organo suturando la ferita previo drenaggio. Quando l'anatomia pat. ci insegnò che le glandole ascellari ammalano riproducendo il focolaio materno, si rivolse l'attenzione alla svuotamento metodico delle pleiadi

glandolari ascellari comprendendole tutte, perchè anche le piccole di grandezza normale si vide che erano pure invase dal male. In seguito agli studi di HEIDENHAIN si portò via colle glandole anche una buona porzione di gran pettorale; oggi si estirpano totalmente questi due muscoli. Anche i nostri antichi sapevano che vi sono controidicazioni alla amputazione della mammella. Fra le Theses defendendae del mio povero Padre vi era anche questa: « In cancro aperto demolito mammarum damnanda » (1841). I risultati delle nostre operazioni sono talora molto strani. Ne racconto uno. Io operai 30 anni or sono, tre sorelle. La prima nubile, non ebbe mai recidiva e vive ancora; la seconda maritata, dopo sei mesi dall'operazione morì di metastasi all'ileo. La terza ebbe recidiva sulla cicatrice che io tolsi, e guarì pure radicalmente.

Solo in casi eccezionali l'A. passa anche all'estirpazione del blocco glandolare sopra clavareo; di solito l'operabilità si arresta appunto alla clavicola. Possono essere utili le applicazioni di radioterapia profonda, di radium in casi inoperabili. Cinque figure illustrano il tecnicismo. Si circonda l'organo con una incisione elittica che si prolunga con due racchette; una superiore più lunga che si porta sul margine del gran pettorale, una bassa più corta che si prolunga verso l'arco costale scoprendo l'aponevrosi del grande obliquo e del retto. Distacca col bisturi elettrico cute e pannicolo, scopre subito il gran pettorale sotto il cui tendine fa passare un grosso moridente al di là del quale recide il tendine arrovesciando man mano il muscolo in basso. Incide l'aponevrosi clavicolo-pettorale scoprendo il piccolo pettorale e distaccandolo dai coracoide, e lo estirpa. Per lo svuotamento ascellare si porta sulla vena isolandola di sopra in basso, e distaccando in blocco le glandole. Risparmia la sottocapsolare e i nervi toracico dorsale e toracico lungo recide il lembo cutaneo posteriore, fa accurata emostasi drena e sutura la cute.

CAPITOLO V.

CURA CHIRURGICA DELL'ASCESSO FETIDO DEL POLMONE

Nessun chirurgo in Italia supera il PAOLUCCI nella chirurgia toracica; egli dispone di statistiche apprezzatissime anche all'estero. Egli stesso detta questo capitolo. Generalmente si attende alcune settimane dall'inizio della malattia a meno che il processo suppurativo abbia tendenza a gangrenarsi e sfaccelarsi nel qual caso occorre non attendere molto. Stabilita l'ubicazione dell'ascesso si traccia l'incisione cutanea in uno spazio intercostale (8-10 cm.), si isolano di solito due o tre coste e si esportano; si separa il nervo intercostale per il tratto costale reseccato e si esporta e si tolgono anche le masse muscolari intermedie allacciando i peduncoli. Il dito esplora la consistenza dei tessuti sottostanti incide la fascia e la scolla arrivando sulla pleura parietale che ci permetterà di constatare se vi sono aderenze, ispessimenti e scivolamento fra le due pleure etc. Se non siamo sicuri delle aderenze, si fa il piombaggio con garza jodoformica o colla pasta alla parafina. Si applica un grosso drenaggio sul quale si cuce la ferita a punti staccati. Se vi sono già le aderenze si procede alla puntura. L'ago

ci dirà lo spessore del tessuto polmonare interposto e se vi è liquido putrido o aria. Si affonda nella sacca il bisturi elettrico poi una Kocher per allargare l'introito, l'indice ci dirà quanto debba essere il coperto dell'accesso da togliere. Si drena con garza jodoformica alla quale si sostituirà un tubo a drenaggio da accorciarsi gradatamente. Per stabilire il punto preciso dell'accesso si aggiunge alla garza tamponante una laminetta o un filo di piombo, che con i raggi ci permette di localizzare esattamente il punto da incidersi.

CAPITOLO VI.

TORACOPLASTICA EXTRAPLEURICA PARZIALE SUPERIORE NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE

Il professore RUGGERI competentissimo in tale materia scrive questo importante e interessante articolo. La toracoplastica per lesioni polmonari specifiche è nata in Germania (BRAUER e SAUERBRUCH), e si diffuse rapidamente. I grandi interventi dei primi operatori vennero man mano riducendosi, e il PAOLUCCI fu uno strenuo propugnatore apprezzato entro e fuori d'Italia. Per evidenti ragioni le plastiche parziali sono oggi prescelte da tutti. Per la zona apicale bene localizzata, basta togliere 3-4 costole; per le regioni sottopicali 5-6, se ancor più estese 7-8. Della prima costa si resecano 3-5 cm.; 8-10 per la seconda; 10-12 per la terza; 12-14 per le successive. Nei casi rispettivi PAOLUCCI opera in due tempi. Naturalmente le lesioni devono essere ben circoscritte e il tessuto limitrofo cedevole ed elastico. Si fa precedere una frenicotrassi o una frenico exeresi per saggiare la resistenza e studiare le capacità funzionali dell'altro polmone e facilitare il collasso. L'ammalato è semiseduto sul fianco sano; anestesia locale superficiale e profonda previa iniezione di preanest. L'incisione cutanea che parte a due dita dal margine mediale della scapola sulla sua spina giunge all'esterno della punta (linea parascapolare). Si incidono i muscoli trapezio in alto, gran dorsale in basso; profondamente il romboide. L'assistente posto sopra uno sgabello solleva il margine interno della omoplata e lo fa girare in alto e all'esterno. Si vede e si reseca la seconda costa previo isolamento del suo periostio, e disinserzione del piccolo dentato post. sup. La seconda costa va isolata fino a ridosso della sua inserzione vertebrale. Rimossa la seconda costa e spostati convenientemente i tessuti, si vede il margine post. della prima, si incide il periostio in questa regione e poi si passa a isolare la superficie inferiore proteggendo col dito, e poi si distacca il periostio della faccia superiore disinserendo il fascio post. dello scapolo post. e proteggendo la subclavia che sta dietro al Lisfanc. Occorre fare attenzione nel liberare il margine int. costale per non ledere la cupola pleurica. La resezione delle altre costole sottostanti anche fino alla VII-VIII se occorresse, è facile, prolungando l'estremità inferiore dell'incisione cutanea. Revisione del campo operatorio, emostasi e suture dei singoli strati muscolari e della cute previa applicazione di un grosso drenaggio dall'apice alla punta della incisione cutanea. Si toglie il tubo dopo 4-5 giorni e si fa alzare il paziente dopo cinque-sei. L'operazione di PAOLUCCI ha dato buonissimi risultati.

CAPITOLO VII.

LOBECTOMIA IN UN TEMPO

Lo stesso prof. RUGGERI ha descritto il capitolo. Operazione ardua; è indicata nelle bronchiectasie e negli ascessi polmonari cronici. Le condizioni generali devono essere buone, l'operando non deve aver più di 40 anni, con male limitato ad un solo lobo, e non diffuso al lobo vicina o a tutto il polmone. Le bronchiectasie devono essere di media gravità non piccole o secche. Per fare la lobectomia negli ascessi polm. cronici si opera nelle forme diffuse ad un intero lobo e nelle forme parailari ossia profonde.

Tecnica: Ammalato arrovacciato a testa bassa con cuscinetto sotto all'addome e torace basso. Incisione cutanea intercostale (V o VI spazio) fino all'ascellare ant.; scopertura, resezione delle due costole vicine; si giunge attraverso ai muscoli intercostali sulla pleura che viene incisa e subito protetta col dito per non provocare un pnuma troppo rapido. Se è possibile si apre tutta la pleura parietale quanto è lunga la breccia. Se si incontrano aderenze tenaci è preferibile interrompere l'operazione. Altrimenti si tolgono le aderenze visceroparietali e viscerodiarframmatiche e poi quelle interlobulari, tenendo divaricati con appositi strumenti i margini della ferita. Si libera anche la faccia mediastinica. Il peduncolo vascolare è corto e occorre operare con molta cautela incidendo il legamento polmonare fino vicino alla vena pol. inf. Ridotto conv. il peduncolo se lo circonda con i serranodi uno sul peduncolo che viene serrato, l'altro più in alto a 4-5 cm. Col bisturi o coll'elettrico si taglia il peduncolo. Si fa un robusto sopraggito sul moncone comprendente tutti i tessuti al quale se ne aggiunge un'altro di rinforzo. Si toglie il serranodi. Emostasi accurata. Si applicano due drenaggi tranpleurici a perfetta tenuta; si avvicinano con punti nodosi le due costole aiutandosi a tenerle immobilizzate con speciali approssimatori a molle metalliche per ottenere una chiusura ermetica. Si adattano i drenaggi per il sifonaggio in modo che il parenchima polmonare possa espandersi bene. La guarigione si ha in 2-3 mesi.

CAPITOLO VIII.

COLECISTECTOMIA

(Dott. Bernabeo)

Per questo intervento le indicazioni sono chiare. Nelle forme calciose si interviene sempre, nelle forme acute si interviene a fenomeni acuti regrediti. Nelle forme gravi di angiolcolite con ittero si fa il drenaggio e la cistostomia. Occorre che l'azotemia sia ridotta ad normam, e se vi è ipocoagulabilità si fanno perdere iniezioni endovenose di cloruro di calcio. Avendo assistito a parecchie dozzine di colecistectomie nella Clinica Romana, mi sono convinto che il taglio laparotomico mediano in uso costante sia il migliore. Altra importante nozione è quella di non far sottostare il fegato a maltrattamenti e ad esposizioni inutili perchè da studi sperimentali della Scuola risulta che il fegato va rispettato e trattato molto delicatamente, per non avere complicazioni postoperatorie. Si spinge moderatamente la cistifellea in alto unitamente all'ala epatica senza esteriorarla, e si distende il cistico. Si preferisce la via retrograda ossia si

inizia con batuffoli montati l'isolamento prima del cistico, che si lega a valle e si applica una pinza a monte che stira legg. il peduncolo in alto e facilita l'isolamento e la legatura dell'arteria cistica. A questo punto molti operatori fanno delle iniezioni intorno al letto della cisti per facilitare il suo isolamento. È manovra inutile, e che non va a che allungare l'atto operativo senza nessun vantaggio reale. Sul letto cruentato si applica un Nelaton che va a pescare in prossimità del moncone cistico, e si ricopre colla sutura dei due lembi. Il tubo fuoriesce dall'angolo sup. della ferita che deve essere suturata esattamente a strati. Sospettando una simultanea lesione appendicolare si prolunga in basso di poco l'incisione lap. e si procede all'appendicectomia. Il PAOLUCCI ha una enorme pratica di questa operazione ed ebbe in parecchie centinaia di casi ottimi risultati. Perciò non la meraviglia il vedere nella Clinica Romana delle colecistectomie eseguite anche in 15 minuti tutto compreso. Le 12 figure annesse sono di evidente chiarezza.

CAPITOLO IX.

LA GASTROENTEROANASTOMOSI

Il collega FRANCESCO PESCATORI parla di questo argomento.

Come è scritto in mie precedenti monografie io ho assistito alla prima gastroenterostomia fatta in Italia da BASSINI nel 1887 per cancro inoperabile dello stomaco, ed io stesso ho eseguito per il primo questa operazione a Ferrara usando il bottone di Murphy nel 1894. Dai primi entusiasmi suscitati per questa operazione ideata dal mio Maestro di Innsbruck NICOLA DONI, si poterono constatare i suoi difetti in modo che la resezione dello stomaco avendo essa sopraffatta la semplice g. e. non sono rimaste che poche indicazioni per questa geniale operazione che il PESCATORI ben definisce. Esse sono: la stenosi pilorica serrata di origine cicatriziale e neoplastica quando queste sieno inoperabili. Anche nelle forme ulcerative benigne ma con estensione intra ed extragastrica cospicua, si da far correre pericolo all'infermo volendo intervenire radicalmente. Nella Clinica Romana nelle perforazioni da ulcera si usa praticamente la semplice sutura o se le condizioni lo permettono, la resezione in primo tempo che ho veduto dare ottimi risultati. Alle solite cure preoperatorie si aggiunge la lavatura gastrica a meno che vi sia una perforazione in atto.

Si preferisce l'anestesia loc. col preanest. Incisione solita med. estrazione e arrovesciamento del trasverso, distensione del mesocolon e sua incisione antero post. dall'arco della colica a due cm. dall'inserzione del mesocolon sul colon. Si fa passare per l'apertura mesocolica una buona falda della parete post. dello stomaco in prossimità al piloro in modo che vada dalla piccola alla grande curvatura. Se la g. e. non è che provvisoria si può spostarsi verso il cardias. Si fissa la falda gastrica in direzione verticale alla breccia mesocolica. Sulla piega dello stomaco si applica la tanaglia di Linnartz e si affronta alla seconda branca l'ansa di Treitz di eguale grandezza a quella dello stomaco. Per questo affrontamento occorre far compiere all'ansa stessa 3/4 di giro rimanendo fissa la porzione più vicina al legamento di Treitz. La prima sutura continua con qualche punto d'arresto com-

prende sierosa e muscolare. Col bisturi el. si comincia la diresi della parete gastrica a strati e applicando delle piccole pinze a punta sui vasi e completandola. Si fa l'emostasi definitiva dei vasi. Si passa alla diresi della parete intestinale sempre col bisturi el. Ripulito il campo op. si fa una sutura continua a punti d'arresto (o a festone) che comprende tutto lo spessore delle pareti gastro-ent. come è ben disegnato nella figura 78. Segue la sutura della parte anteriore usando lo stesso filo entrando d'ambo i lati dalle mucose e fuoriuscendo dalla sierosa introflettendole mano mano che si procede. Dopo ultimata questa sutura si toglie l'enterostato e si procede alla sutura sieromuscolare continua o di Apolito. Si fissa il lembo del mesocolon trasverso alla parete post. gastrica in vicinanza della stomia. Cure postoper. solite; persistendo il vomito lavatura. Le complicanze postop. sono molto rare. Le statistiche della Clinica lo dimostrano.

CAPITOLO X.

CURA DELL'APPENDICITE

In poche pagine il collega PRINCIGALLI tratta l'importante argomento illustrandolo con 10 figure molto evidenti. Nel trattato recente del CIMINATA si sono impiegate 63 pagine con figure. Qui hanno bastato sole 6 paginette per dare esatta nozione della tecnica operatoria.

Le indicazioni? Forme croniche, forme acute entro le 48 ore ed oltre, nelle peritoniti appendicolari generalizzate. Nelle forme con piastrone attesa armata; ossia intervenire se il quadro resta stazionario e si aggrava, se si ha regressione dei sintomi attendere la fine della crisi. Incisione verticale pararettale destra incrociante il Mac-Burney (5-6 cm.). Ricerca del cieco e dell'appendice; legatura del meso appendice suo distacco dall'a. Schiacciamento della base dell'a. e sua legatura, rimozione dell'a. col bisturi comune o elett. Causticazione del monconsino nel primo caso. Legatura a borsa di tabacco circostante l'impianto dell'a., affondamento del moncone comprendendovi eventualmente un filo dell'ansa data al mesenterio. Occorrendo per il drenaggio, si usano tubi e non tamponamento.

CAPITOLO XI.

RESEZIONE PER ULCERA GASTRODUODENALE

Il Dott. CONTI tratta la resezione per ulcera gastroduodenale. Studio esatto del sintoma dolore e del reperto radiografico. Tranne in pochi casi eccezionali anche la Scuola di Roma è orientata per la resezione che ha dato buoni risultati anche a distanza, tanto più prescelta nei lavoratori che operati e guariti tornano a casa e non possono avere grandi riguardi. Solita preparazione dell'operando, anestesia locale, preanest. È stata abbandonata la Billroth II e sostituita colla Reichel-Polya ad ampia resezione. Laparotomia mediana, orientamento esteriorizzato lo stomaco si procede al blocco cocainico del duodeno sul legamento epato-duodenale ed epato-gastrico. Si esteriorizza il colon trasverso, si distende il mesocolon sul quale si fa l'apertura ant. post. Si isola il piccolo omento dal colon mediante applicazione di lacci che finiscono in

alto al punto dove cadrà la sezione dello stomaco, in basso fino al duodeno. Si passa alla sezione del legamento epato-duodenale passando un Dechamps e un laccio che stringerà la ar. epato-duodenale. Isolato e mobilizzato il duodeno si recide passandovi sotto una branca del mordente a baionetta di Paolucci e serrandovi sopra l'altra branca parimenti scanelata. A poca distanza si applica una lunga Kocher e fra le due si taglia il duodeno causticando i monconi con tintura di Jodio. La pinza di Kocher viene poi sostituita da un robusto laccio. Per le due scanelature della pinza a b. si fa passare alternativamente un robusto ago e filo i cui capi, a pinza rimossa, non vengono subito annodati, ma servono di presa per fare la seconda sutura a borsa di tabacco. Al di là del margine della sutura b. di t. si applicano due Chaput per sollevare il moncone e per affondare la prima sutura che si introflette stringendo la borsa di tabacco su di essa. Si applicano poi alcuni punti staccati di rinforzo adossando sul moncone la fascia prepancreatica. Si stira lo stomaco a sinistra e previo applicazione di un Dechamp si allaccia la coronaria sinistra fra due robusti lacci. Si solleva la massa stomacale, si applica la pinza a baionetta, e al di sopra si passano le due aste del serrastomaco di Mattoli. Vien fatta passare l'ansa di Treitz per l'occhiello del mesocolon e si affronta alla plica stomacale fissandola con tre punti al di sopra dei quali si recide coi bisturi elett. o comune la parete ant. dello stomaco applicando man mano le piccole pinze emostatiche a punta ai singoli vasi. Si fa la legatura degli stessi si completa il distacco della parete; detergo il campo, sull'ansa di Treitz si applica un enterostato comune e si fa la prima sutura siero-muscolare di Appolito fra stomaco e intestino. Si apre la parete duodenale col bisturi elettrico o comune e detergo il campo, si fa una sutura a tutto spessore delle due pareti continua a punti di arresto o a festone di cui dicemmo. L'operatore stira il blocco stomacale verso di se, e recide colle stesse norme la parete posteriore asportando il viscere. Detergo il campo operat. fa una sutura a tutto spessore delle due pareti entrando dalla mucosa sia da un lato che dall'altro e uscendo dalla sierosa introflettendo i bordi e specialmente la mucosa. Ultimata questa rimuove le pinze sui visceri e fa la seconda sutura d'Appolito sulla parete post. sopra la prima già applicata. Si fissa il mesocolon alla parete dello stomaco. Colla resezione subtotale dello stomaco, con l'ampia anastomosi (non meno di 7 cm.) verticale usando il procedimento Reichel-Polya e coll'anestesia locale e preanest. le complicazioni sono rare, i risultati ottimi.

CAPITOLO XII.

INTERVENTO PER ULCERA
GASTRO-DUODENALE PERFORATA

(Dott. Conti).

Se la perforazione è recente e le condizioni generali e quelle addominali buone, si procede alla resezione che costituisce l'ideale della cura; altrimenti si fa una buona cucitura e si rimanda la resezione a tempo migliore. Per sicurezza si fissa sopra la sutura un blocco di omento. Bisogna drenare il Douglas attraverso ad un occhiello scolpito sopra al pube. Un altro drenaggio pesca nel campo operatorio ed esce al limite sup. dell'incisione laparatomica.

CAPITOLO XIII.

CURA CHIRURGICA DEL CARCINOMA
DELLO STOMACO

(Dott. Conti).

Circa l'operabilità non è facile il giudizio ad adome chiuso; la diagnosi deve esser fatta più precocemente possibile; la Radioscopia è indispensabile.

Stabilità a ventre aperto l'operabilità, si procede subito al distacco dell'epiploon gastro-colico in corrispondenza della sua inserzione sul tenia del colon. Si procede poi alla resezione gastrica colle norme comuni da noi descritte per la resezione per ulcera. Il procedimento è quello di Reichel-Polya con asportazione di grande parte dell'organo, glandole, etc.

CAPITOLO XIV.

CURA CHIRURGICA
DELL'ULCERA PEPTICA POSTOPERATORIA

(Dott. Tomassini).

Complicazione grave; svariate le cause: la ricomparsa dei disturbi digestivi, l'ematemesi, la melena il reperto di sangue occulto e il reperto radiologico; di più la perforazione nel peritoneo libero, l'emorragia la formazione di una fistola gastro-diguno-colica. Solite preparazioni del paziente anestesia locale con Preanest.

Il concetto fondamentale operatorio è il seguente: togliere le aderenze fra omento visceri e peritoneo parietale. Omento e colon vengono arrovesciati in alto. Sulla breccia mesocolica vi è il blocco contornante il processo ulcerativo. Si isolano i due tubi del duodeno e si distacca dalla breccia mesocolica lo stomaco. Si passa dietro ai due tubi digunali e al loro mesentero, applicate delle Kocher si recidono i due tubi; i due monconi superiori si introflettono con borsa di tabacco i due inf., si anastomizzano (termino-terminale) colle norme comuni. Si riporta in basso l'omento e lo stomaco, e si libera lo stomaco dal legamento gastro-colico allacciando i vasi della grande curvatura; si libera il duodeno allacciando la pancreatico-duodenale fino che si trova tessuto sano, e si procede ad un'ampia resezione duodeno-gastrica colle norme precedenti e secondo il procedimento Reichel-Polya. Da ultimo si fissa il mesocolon allo stomaco. Drenaggio della loggia sottoepatica e sutura dell'addome.

I risultati sono andati sempre più migliorando.

CAPITOLO XV.

CHIRURGIA DEL COLON

(Dott. Bernabei).

È argomento che venne ampiamente trattato dallo SCHMIEDEN all'ultimo Congresso di Berlino di quest'anno e diede luogo ad ampia discussione alla quale presero parte molti ed autorevoli chirurghi. Ho seguito la conferenza di SCHMIEDEN e la discussione con molto interesse. Ho veduto molti casi di tumori

del colon e del cieco. Nel 1888 ho assistito BASSINI ad eseguire un'ampia resezione del cieco per sarcoma. Egli usò l'ileo al cieco invaginandolo e suturandolo con ottimo risultato. Il Dott. S. LEVI riferì su questo caso al Congresso Medico di Padova del 1889. Le idee espresse al congresso di Berlino collimano con quelle che il BERNABEO ci dice nei preliminari alla tecnica. I tumori carc. del colon sono frequenti ed hanno un decorso alle volte assai lungo.

Come è noto i tumori del colon si rivelano prevalentemente per i sintomi di occlusione o subocclusione ai quali possono dar luogo, e si constatano spesso solo a ventre aperto. L'operazione in due tempi è certamente anche oggi da preferirsi malgrado i miglioramenti nella tecnica come ben dice il BERNABEO. I casi nei quali si possa procedere in un sol tempo non sono molto frequenti, anche per le difficoltà diagnostiche e per la scarsa sintomatologia che questi tumori presentano in principio del loro sviluppo. Per quanto riguarda l'intervento chirurgico si può dividere la chirurgia del colon in quattro parti: 1°) cieco, l'ascendente, la flessura epatica; 2°) trasverso; 3°) flessura splenica e discendente; 4°) colon sigmoide e pelvico. Ognuna di queste porzioni reclama una tecnica diversa. Naturalmente si incontreranno maggiori difficoltà nelle porzioni poco mobili o fisse non coperte completamente da peritoneo-colon ascendente e discendente. Importanza ha anche lo studio della irrorazione sanguigna e del colon, e lo studio radioscopico che da solo può darci esatto indirizzo alla diagnosi.

Nel primo segmento — continua il BERNABEO — si pratica una emicolectomia destra in più tempi; negli altri tratti, una emicolectomia sinistra del trasverso e parte del colon pelvico. Anche in questi casi si fa precedere un ano cecale. Nel sigma pelvico essendo mobile si fa una colectomia segmentaria con anastomosi latero-laterale o termino-terminale sempre con derivazione preparatoria. Nel segmento più basso al punto di passaggio fra sigma e retto si preferisce l'addomino perineale oppure abboccare il moncone sup. all'addome. Nei tumori complicati a occlusione acuta dell'ascendente, si fa un ano cecale; se sono del fondo cecale si fa una fistola dell'ileo. Se l'occlusione data da tumori di sinistra si pratica l'ano cecale, e si fa un ano iliaco sin. se le condizioni sono buone. Nella dettagliata monografia di v. SCHMIEDEN riferita negli atti vi è una completa elencazione dei diversi interventi complicazioni etc., ma anche in questa del BERNABEO vi è più che a sufficienza per una orientazione generale ottima. Le tavole disegnate illustrano benissimo la tecnica della scuola. Gli accessi del colon destro e sin. vanno incisi con derivazione a monte dell'accesso. Fra gli interventi palliativi sono le derivazioni interne (enteroanastomosi) e le esterne (da preferirsi), l'ano cecale coll'inconveniente di portare materiale liquido, e quello iliaco sinistro con certa continenza di feci che sarebbe il derivativo di scelta. Le cure post-operatorie le solite, le statistiche della Scuola pure buone.

Tecnica degli interventi.

Ano cecale. Incisione obliqua di 7 cm. a due cm. dalla spina iliaca s. destra. Si estrae una falda del cieco vi si applica un enterostomo al di sotto di esso si sutura il peritoneo parietale al peritoneo del

cieco e poi il cieco alla cute. Dovendosi procedere in primo tempo si prepara una sutura a borsa di tabacco sul mezzo della piega cecale nel cui centro si fa col bisturi una piccola incisione che permette l'introduzione di un tubo di vetro gomitato di PAUL sul quale si stringe la sutura a borsa. Il tubo si unisce ad un altro di scarico che funzione ed enterostomo rimosso.

Ano iliaco sinistro definitivo.

Incisione a sinistra a greca di 10 cm. di contrapposto a quella destra. Si scolla la cute e il ponte, scolpito, si incide l'aponeurosi del grande obliquo secondo la direzione delle sue fibre; divaricando quelle del piccolo ob. e del trasverso. Apertura del peritoneo, ricerca del colon sigmoide; si fa una breccia nel meso badando ai vasi. Si fissano i due estremi dell'ansa al peritoneo parietale. Si uniscono il trasverso ed il piccolo obl. con punti di catgut e così si uniscono i due lembi dell'aponeurosi del grande obl.; si fa passare il ponte cutaneo sotto l'ansa fissandolo al suo posto. Se vi è molto meteorismo si farà un occhiello col termop. per far passare i gaz, altrimenti si procederà al taglio dell'ansa non prima di una settimana.

Emicolectomia destra in due tempi.

Taglio lap: mediano circondante l'omb. a destra. Orientamento, ispezione spec. del fegato. Si estrae l'omento ed il trasverso su cui dovrà cadere l'anastomosi. Sul trasverso si applica sulla tonia una branca della Linnartz. Si ricerca un segmento di ileo a 30 cm. dalla valvola ileo-cecale. Una sua piega vien messa a contatto col trattato di colon e fissata per l'anastomosi colla seconda branca di Linnartz. Una prima sutura siero-sier. fissa le due pieghe che vengono poi incise col bis. el. Si stringe colla pinza di Paolucci il moncone — quello da asportarsi — dell'ansa effer. e si applica una Kocher. Si continuano le suture della enteroanastomosi nei due piani ant. e posteriore.

Si ricopre la sutura con omento avvicinando il punto operato alla parete add. che vien suturata.

Il tempo. Relaporotomia, ricerca dell'anastomosi. A 15 cm. dalla valvola ileo-cecale si trafigge con una Kocher il mesentere dell'ansa dell'ileo che si recide per 5 cm. in linea curva si pinzettano i vasi. Sul tratto distale (quello che rimarrà) si applica un compressore di Paucucci. Si seziona l'ansa e si procede come col duodeno nella resezione gastrica, con triplice sutura. Il capo attaccato al cieco viene protetto e allontanato. Si scolla il cieco e colon ascen., si incide la plica peritoneale parieto-colica sul margine destro del cieco e dell'ascendente penetrando con batuffolo montato nella zona avascolare post. esteriore mobilitando mano mano cieco e colon, e mettendo in evidenza i vasi colici che vengono allacciati a distanza. Si giunge sull'angolo epatico recidendo le sue unioni. Si scolla il mesocolon e l'epiplon in modo da mobilitare la porzione del trasverso su cui cadrà la sezione. Fra i due tratti di trasverso si piazzano i compressori e si resecta. Si chiude il moncone colico rimasto, more solito, ricoprendo il punto suturato con epiplon. Si peritonizza il letto colico con suture di combaciamento. Si cuciscono le pareti.

Emicolectomia sinistra.

Taglio pararettale sinistro. Scoperto il colon discen. si incide il peritoneo sul fianco est. alto dell'organo. Si passa a scollare dal basso la parte interna sollevando il colon e badando all'uretere e legando i peduncoli vascolari mesenterici. Si reseca il discendente fra i soliti due enterostati piazzati perpendicolarmente. Si uniscono i margini scollati dal discendente peritonealizzando il cavo, si reseca il trasverso. Si chiude a fondo cieco il moncone prossimale; si procede ad una anastomosi latero-laterale e fra trasverso e sigma, e si chiude l'addome.

Resezione segmentaria del colon pelvico.

Paziente in posizione di Rolando (Trendelenburg), incisione sotto ombelicale mediana. Si ester.ORIZZA il sigma. Se il tumore è alto, bisognerà mobilitare il primo tratto dell'ascendente scollandone il peritoneo. Si piazzano a monte del tumore sul sigma due enterostati e a valle altri due; si stacca il meso legando i vasi. Si sutura a fondo cieco il tratto distale infosandolo come al solito, si reseca l'intestino del tratto prossimale procedendo come per il distale incidendo il meso e legando i vasi. Si fa poi una anastomosi latero-laterale con triplice sutura.

Colectomia sigmoide bassa.

Se la sede del t. è tanto bassa che non permette dopo l'exeresi una anastomosi termino-terminale si ispeziona la pelvi e si mobilita la parte più bassa del sigma incidendo il peritoneo par: sul fianco est.; poi si legano i peduncoli vasc. mesocolici cominciando dal basso fino al punto dove cadrà l'incisione sup. Si passa alla resezione del tratto comprendente il neoplasma previa schiacciamento fra due enterostati nella parte alta e nella parte verso il retto con un ente-

rostatato e uno schiacciato a morsetta di Morris. Si chiude il moncone inf. a fondo cieco — more solito — si peritonealizza il letto di scollamento, si recide fra gli enterostati il moncone sup., si iodizza, e si strozza con un laccio, e si avvolge in garza.

All'altezza della spina i. a. s. sin. si fa una breccia attraverso la quale si trascina il moncone inf. fissandolo al peritoneo e alla cute. Si sutura la parete add. proteggendola. Ad aderenze avvenute si provvede allo scarico del materiale attraverso al tubo.

Ho voluto dare un largo riassunto di questo libro di tecnica chirurgica che pure essendo di piccola mole racchiude in sé tanti vantaggi per la chiarezza dell'esposizione per la evidenza delle figure, e più che tutto per la sua originalità. I grandi trattati stranieri di tecnica chirurgica incominciando dal trattato di KOCKER hanno una impronta personale, perché gli Autori scelgono fra i procedimenti operatori quelli che essi hanno trovati migliori, li discutono e aggiungono procedimenti propri bene studiati e provati. E questi sono i migliori trattati nella nostra materia, mentre purtroppo molti libri che vanno per la maggiore non sono che un affastellamento di metodi buttati più per ingrossare i pederosi volumi, e senza nessun serio ragionamento.

In questo piccolo volume di PAOLUCCI ognuno di noi anche se provetto troverà delle cose nuove, dette con poche, sobrie, ponderate parole, e bene illustrate. Ogni chirurgo grande e piccolo dovrà possedere nella sua biblioteca questo libro, che gli sarà di guida preziosa nella esecuzione delle più moderne operazioni, e potrà sentire la grande originalità del libro per il quale facciamo voti che abbiano presto a seguire altri volumi sicuri che anche in essi tutti avremo da imparare e molto.

A. CATERINA



60500

