FOLIA MEDICA

PERIODICO QUINDICINALE
DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
E MEDICINA DEL LAVORO

Istituto di Patologia Chirurgica e Propedeutica Clinica della R. Università di Napoli
Direttore: Prof. L. DOMINICI

GASTROPESSIA ALLA PERTHES

Dott. EMANUELE REPETTO
Assistente

Estratto dal n. 12, 1937

TIPOGRAFIA ALFONSO PANARO — VIA FORNO VECCHIO, 28 — NAPOLI

Istituto di Patologia Chirurgica e Propedeutica Clinica della R. Università di Napoli
Direttore: Prof. L. DOMINICI

GASTROPESSIA ALLA PERTHES

Dott. EMANUELE REPETTO
Assistente

L'argomento sulla terapia della gastroptosi è ancora molto discusso: basta pensare all'enorme numero di metodi che sono stati proposti e tentati per curare tale affezione per capire che nessuno di essi ha raggiunto completamente lo scopo. Infatti la maggior parte di questi interventi corregge solamente alcune alterazioni mentre ne lascia altre inalterate, per cui l'esito non è sempre completamente soddisfacente, ma presenta sempre delle lacune difficilmente appianabili. Dato il dubbio ancora esistente sulla scelta del metodo operatorio ed i risultati ancora discussi nella terapia della gastroptosi, ritengo interessante riportare 10 casi di ptosi gastrica, operati nella nostra clinica dal mio Maestro Prof. Dominici col metodo di Perthes, discuterne i vantaggi in base ai risultati ottenuti e cercare di stabilire in quale varietà di ptosi gastrica tale metodo sia indicato e dia veramente dei risultati lusinghieri.

I° Caso. — S. Pasquina, di anni 33, donna di casa. Entrata in clinica il 6/4/31; uscita il 9/5/31. Nulla per gli avi paterni e materni. Il padre e la madre sono viventi e sani. Quartogenita, nata da parto normale, ha avuto allattamento materno: normali i primi atti fisiologici. A 16 anni ebbe le prime mestruazioni, e le seguenti furono sempre regolari. A 17 anni ebbe pleurite essudativa a sinistra per la quale stette a letto circa tre mesi. A 22 anni sposò un uomo tutt'ora vivente e sano; ebbe tre gravidanze normali: i tre figli sono viventi e sani. A 22 anni, durante la prima gravidanza, fu operata per emorroidi. Da circa 10 anni la paziente accusa vaghi disturbi gastrici: senso di peso dopo i pasti, eruttazioni acide ed una lieve dolenzia all'epigastrio che sorge subito dopo i pasti. Coll'andare del tempo sono comparsi veri dolori, che insorgono sempre circa mezz'ora dopo i pasti e che durano un'ora al massimo. La loro intensità è in rapporto non con la qualità dei cibi, ma piuttosto con la quantità. In tali condizioni la paziente è stata fino a circa tre anni fà, sempre fra alternative di miglioramenti e peggioramenti: ha fatto una cura medica con scarso giovamento. Da tre anni la sintomatologia dolorosa è andata piuttosto aggravandosi: i dolori all'epigastrio sono presenti quasi tutti i giorni, forti, tali da lasciar a volte la paziente esausta. Qualche volta compare vomito a contenuto alimentare ed esiste anche insistente acidità. Alvo piuttosto stitico; mai febbre. Minzione regolare.

E.O. L'esame clinico dell'addome fa rilevare una ptosi gastrica.

Esame radiologico: stomaco a sifone, allungato, atonico con ptosi pilorica, contorni delle curvature regolari; antro ben conformato; piloro ampiamente canalizzato. Vuotamento lentissimo a causa di inerzia motoria. Col decubito laterale destro lo svuotamento si accelera notevolmente. Nessun punto dolente in sede gastrica. Duodeno regolare per aspetto anatomico e funzionale: completamente indolente. Nessun segno di lesione ulcerativa. A carico del colon segni di colite diffusa.

Diagnosi: gastroptosi parziale con atonia.

Operazione 71/4/931. Rachianestesia. Laparatomia mediana sopra ombelicale. Gastropessia col metodo di Perthes.

La paziente, rivista dopo circa due anni, dice che i disturbi che accusava prima dell'operazione sono completamente scomparsi.

II° Caso. — S. Olga, di anni 35. Entrata in clinica il 19-5-930; uscita l'11/6/930.

Nulla che possa interessare circa gli avi paterni e materni. Il padre è vivente e sano. La madre è morta a 50 anni di scompenso cardiaco: ha avuto 13 gravidanze, di cui tre finite con aborto. Dei figli solo tre sono viventi e sani, gli altri sono tutti morti in tenera età per malattie imprecisabili. Nulla tra i collaterali. Terzogenita, nata a termine da parto normale, ha avuto allattamento materno; normali i primi atti fisiologici. In tenera età soffrì dei comuni esantemi dell' infanzia. A 9 anni ebbe la difterite. A 13 anni iniziarono le mestruazioni, che si sono seguite in modo regolare. A 25 anni sposò un uomo tuttora vivente e sano. Ebbe 4 gravidanze: 3 figli sono viventi e sani e una morì pochi giorni dopo la nascita. Stette sempre bene fino all'attuale malattia.

Da circa 6 anni la paziente ha cominciato ad accusare una vaga sintomatologia addominale: senso di peso continuo e di pienezza allo stomaco anche dopo pasti leggieri, acidità quasi continua, pressochè tutti i giorni, vertigini che venivano all'improvviso e che lasciavano poi la paziente come smarrita. Di tanto in tanto accusava dei dolori all'epigastrio sempre leggieri, che venivano in genere subito dopo i pasti e che duravano per tutta la digestione e, dopo scomparsi, lasciavano la paziente indebolita e, come ella dice, con tremolii diffusi. Non ebbe mai dolori forti a tipo di colica. Mai vomito, mai melena, nè ematemesi. Fu visitata da un sanitario che fece diagnosi di ptosi ed atonia gastrica. Per parecchio tempo la paziente ha fatto varie cure mediche, senza trarne alcun giovamento. Così è andata avanti tra alternative di miglioramenti e peggioramenti. E' stata sempre a dieta leggiera, e dice di essere deperita. L'alvo è sempre stitico. Da un mese circa i suddetti disturbi sono peggiorati: l'acidità è aumentata e così pure il senso molesto di peso allo stomaco. I dolori sono più insistenti.

L'esame obbiettivo fa rilevare una ptosi gastrica.

Operazione: Rachianestesia. Laparatomia mediana sopra ombelicale. Gastropessia alla Perthes.

Dopo circa un anno dall'intervento la paziente dice di non avere più alcun disturbo. Un esame radiologico dimostra lo stomaco leggermente ptosico ma di volume e di tonicità normali.

III° caso. — P. Marianna di anni 29, donna di casa. Entrata in clinica il 29/10/31, uscita il 9/12/931.

Nulla ricorda degli avi materni e paterni. Il padre è vivente e sano; la madre ebbe otto gravidanze di cui una con esito in aborto. Dei 6 fratelli, tre sono morti in tenera età per malattie imprecisabili, gli altri sono viventi ed in buona salute. Nulla a carico degli altri collaterali.

Ultimogenita, nata a termine da parte eutocico, ebbe allattamento materno; normali i primi atti fisiologici; soffrì i comuni esantemi infantili. Mestruò a 15 anni ed i flussi si susseguirono sempre normali per qualità, quantità, e periodo di ritorno. Nessuna malattia degna di nota prima dell'attuale.

La paziente da parecchi anni ha avvertito un senso di pesantezza in corrispondenza dello stomaco, subito dopo i pasti sopratutto se abbondanti, e che scompariva dopo qualche ora nella posizione eretta, mentre scompariva molto prima se la paziente si metteva in posizione supina, e sopratutto in posizione laterale destra. Circa due mesi fa, senza cause apparenti, comparve una spiccata dolenzia in corrispondenza della regione epigastrica, specialmente verso sinistra che andò gradatamente aumentando fino a diventare un vero dolore. Questo dolore era continuo con lievi remissioni durante il giorno; si esacerbava se la paziente rimaneva molto tempo nella posizione eretta e se camminava, mentre accennava a diminuire durante il riposo e nella posizione supina. Inoltre il dolore aumentava, accompagnandosi anche ad una forte pesantezza di stomaco, dopo l'ingestione di cibo, sopratutto se in quantità rilevante. Il dolore non aveva irradiazioni, non era mai accompagnato da vomito nè da eruttazioni acide nè da altri disturbi. L'alvo è stato sempre regolare tranne in questi ultimi tempi in cui è diventato stitico. Dall'inizio ad oggi detta sintomatologia è andata aumentando a tal punto che la paziente è stata costretta a chiedere ricovero in clinica.

E. O. All'esame clinico si rleva una ptosi gastrica.

Esame radioscopico: stomaco di volume normale ptosico e leggermente ipotonico. Il pasto di bario riempie normalmente la cavità gastrica, ma dopo qualche minuto si dispone sul fondo, livellandosi con caratteristica immagine navicellare. Peristalsi un po' scarsa ma egualmente progrediente sulle due curve. Piloro pervio, nulla a carico del bulbo e del duodeno. Il decubito laterale destro accelera notevolmente il tempo di svuotamento gastrico. Nulla a carico del tenue e del cieco. Dopo 24 ore il bario riempie il colon ascendente ed il trasverso fino all'inizio del discendente. Gli angoli colici presentano un'immagine non uniforme, ma discontinua con zone di maggiore o minore opacità. Negli stessi angoli sono visibili fatti di spasmo intermittente.

Diagnosi: Gastroptosi con leggera atonia. Segni di leggera colite agli angoli.

Operazione: Rachianestesia. Laparatomia mediana sopraombelicale. Isolamento del legamento rotondo che è sottile, specie nella parte mediana, e che perciò si isola con un tratto di grasso properitoneale aderente, che lo rinforza. Gastropessia secondo il metodo di Perthes.

La paziente fu rivista dopo circa 4 anni. Era in buone condizioni generali. Accusava qualche volta solamente leggera dolenzia all'epigastrio dopo pasti molto abbondanti e costituiti da cibi pesanti. Tutti gli altri disturbi che accusava prima dell'operazione erano completamente scomparsi. Esame radiologico: stomaco di volume normale, fondo in posizione eretta ed a riempimento normale a due centimetri al disopra della bicrestoiliaca. La seriografia del bulbo duodenale non mette in evidenza immagini o alterazioni funzionali patologiche. Il bulbo è retroposto, ma elastico e distensibile. Lo svuotamento gastrico è normale per modalità e tempo di svuotamento.

IV Caso. — G. Maria, di anni 42. Entrata in clinica il 7/3/933; uscita il 9/4/933. La madre della paziente è morta per cancro allo stomaco; il padre in tarda età di malattia imprecisabile. I 4 fratelli della paziente godono ottima salute. La paziente è nata a termine, si è sviluppata normalmente, ha sofferto i comuni esantemi della infanzia. Mestruò a 12 anni; le mestruazioni si sono susseguite

regolari per qualità, quantità e ritmo. Solo da sette mesi esse si ripetono irregolarmente anche due volte in un mese o una volta ogni due mesi. A 20 anni ha sofferto di asma bronchiale. Si è sposata con un uomo sano: non ha avuto nessuna gravidanza.

Da circa tre anni la paziente ha cominciato ad accusare senso di peso all'epigastrio che insorgeva circa un'ora dopo i pasti ed era in relazione con la qualità e la quantità di essi, che durava 4-5 ore e che poi scompariva per ricomparire dopo il pasto successivo. Questo senso di peso era accompagnato da eruttazioni acide e qualche volta da vomito mucoso, mai alimentare. Soffriva anche di stitichezza ostinata. I disturbi si presentavano per circa un mese quotidianamente e ad essi succedevano periodi di qualche giorno di relativo benessere perchè, pur non comparendo il vomito e pur essendo il peso dell'epigastrio molto meno intenso, tuttavia rimanevano la stitichezza e le eruttazioni acide. Non ha mai notato itterizia, mai ematemesi, mai melena; mai disturbi della minzione.

Tra periodi alterni di relativo benessere e di disturbi, la paziente è giunta fino a otto giorni fa, quando ho accusato improvvisamente forte dolore al quadrante superiore destro dell'addome che la obbligò a porsi a letto. Il dolore continuò fino al giorno dopo. Comparve pure febbre alta (39°-39°,5). Il giorno dopo defecò normalmente. Due giorni dopo la febbre scomparve completamente.

All'esame clinico si rileva una ptosi gastrica.

L'esame radiologico dell'apparato digerente praticato il 9/3/33 mostra:

Esofago: sede normale; dimensioni, tono e canalizzazione normali.

Stomaco: forma allungata, dimensioni non aumentate, ptosico, ipotonico, mobilità ridotta e dolorosa.

Duodeno: posizione, forma e dimensioni normali; lieve dolorabilità alla pressione; mobilità normale: vuotamento normale.

Digiuno: aspetto e sede normali; dolorabilità assente, vuotamento regolare.

Nulla a carico dell'appendice e del colon.

Conclusioni: Ptosi gastrica.

Operazione 15/3/933. Rachianestesia. Laparotomia sopra-ombelicale mediana e paraombelicale sinistra. Lo stomaco è notevolmente abbasato. Si pratica la gastropessia alla Perthes. L'esplorazione dell'appendice non fa rilevare nulla di anormale.

Dopo un'anno dall'intervento la paziente dice di non aver alcun disturbo dopo i pasti. Qualche volta ha lieve senso di acidità e qualche eruttazione acida se fa abuso di cibi molto conditi con sughi e con spezie. Le condizioni generali sono migliorate ed anche la stitichezza è notevolmente migliorata.

Caso V° — M. Rosalinda, di anni 27 donna di casa. Entrata in clinica il 22-2-934; uscita il 31-3-934.

Nulla di notevole nell'anamnesi famigliare. La madre ebbe sei gravidanze, di cui quattro condotte a termine e due con esito in aborto.

Secondogenita, nata a termine da parto eutocico, ebbe allattamento materno: normali i primi atti fisiologici; ebbe i comuni esantemi infantili. Mestruata a 14 anni, le mestruazioni seguenti furono sempre regolari per ritmo, quantità, qualità e periodo di ritorno.

A 15 anni fu operata di appendicectomia. Dopo questa operazione la paziente ha sofferto di pesantezza allo stomaco e acidità; fece una cura medica e questi disturbi in breve terminarono. Non ricorda altre malattie degne di nota.

A 20 anni sposò un uomo apparentemente sano, dal quale ebbe un figlio che gode buona salute. Malattia attuale: circa 6 anni fa e precisamente durante l'allattamento cominciò ad avvertire, subito dopo i pasti, un senso di pesantezza alla

regione epigastrica, a volte bruciore ed eruttazioni acide. In seguito comparvero anche leggeri dolori localizzati al quadrante superiore sinistro dell'addome. Un sanitario le consigliò una cura per os, vitto in bianco e riposo a letto dopo i pasti. La paziente riferisce che quando eseguiva con scrupolo la cura consigliata notava subito un miglioramento, ma appena riprendeva la vita abituale, i dolori e l'acidità si ripresentavano.

Nei periodi invernali è stata sempre meglio che nei periodi estivi, e ciò ella attribuisce ai lavori campestri che era costretta a fare in tale epoca ed alla irregolarità del vitto. Dall'estate scorsa la sintomatologia è diventata più intensa e quasi continua. La pesantezza ed i dolori compaiono sempre dopo il pasto, hanno inizio all'epigastrio ed i dolori in seguito si irradiano a tutto il ventre, sono continui e non a tipo colico. Al mattino ha sempre bocca amara ed eruttazioni acide. A volte ha avuto nausea poco dopo i pasti, mai vomito, mai ematemesi, mai melena, mai febbre, mai disturbi della minzione. In questi ultimi tempi il dolore dell'epigastrio è accompagnato da un senso di peso e di fastidio al fianco destro. A volte questo fastidio diviene dolore che si irradia anche verso la regione renale sinistra, dolore che costringe la paziente ad assumere una posizione di flessione in avanti. Alvo generalmente stitico tanto che la paziente è costretta a fare spesso uso di lassativi o di clisteri,

Esame delle urine negativo. Cistoscopia. Capacità vescicale di 250 cmc. Mucosa vescicale normale. Sbocchi ureterali normali, ben funzionanti. La sostanza colorante viene eliminata da tutte e due le parti dopo quattro minuti e mezzo.

Radioscopia apparato digerente: Stomaco a sifone allungato (il fondo è circa quattro dita trasverse sotto la bisiliaca), atonico, ipocinetico, mobile nell'addome e ben riducibile in sede normale con manovre di pressione esterna. Vuotamento rallentato, affrettato nel decubito laterale destro. Tenue ptosico: gran parte del digiuno e dell'ileo è nel piccolo bacino. Colon totalmente ptosico; angolo destro sotto la cresta iliaca, trasverso a festone, con tratto medio sottopubico, angolo sinistro a livello della cresta iliaca. In tutto il tubo digerente nessuna immagine patologica (all'infuori della sede anormale) nè alcun disturbo di canalizzazione (ad eccezione del lento progresso del contenuto).

Diagnosi radiologica: gastroptosi ed atonia. Colonptosi.

E. O. L'esame obbiettivo fa rilevare una gastrocolonptosi ed una ptosi di terzo grado del rene destro: gli altri visceri sono in sede normale.

Operazione 4-3-34: Rachienestesia: 1° Lombotomia curvilinea a destra. Fissazione del rene col metodo misto capsulare di Mazzoni e transparenchimatoso di Guyon-Ceccarelli. 2° Laparotomia mediana sapra-ombelicale e gastrapessia alla Perthes.

Dopo circa due anni dall'intervento la paziente dice che i disturbi gastrici che accusava prima dell'operazione sono molto migliorati e scompaiono completamente se sta a dieta appropriata. Ma quando abusa nel mangiare, sopratutto quando ingerisce abbondanti quantità di cibi, compare in corrispondenza dell'epigastrio un senso di pesantezza e di dolenzia, che si attenua nella posizione orizzontale e sopratutto in quella laterale destra e scompare dopo qualche ora. Stitichezza migliorata. Le condizioni generali sono molto migliorate. Non fu possibile eseguire l'esame radiologico dell'apparato digerente.

Caso VI°. — F. Giselda, di anni 53, donna di casa. Entrata in clinica il 14 6-1930, uscita il 23-7-1930.

Nulla di notevole degli avi materni e paterni. Il padre è morto a 81 anni di carcinoma gastrico. La madre a 86 anni di polmonite. Questa aveva avute 6 gra-

vidanze normali: 3 figli sono viventi e sani, 3 sono morti in tenera età. La paziente secondogenita, nata a termine da parto normale, ha avuto allattamento materno. Normali i primi atti fisiologici. In tenera età soffrì dei comuni esantemi della infanzia; a 6 anni di tifoide. A 16 anni le prime mestruazioni, che si sono poi seguite sempre regolari. A 25 anni sposò un uomo apparentemente sano; ha avuto 4 gravidanze normali ed un aborto: 3 figli sono viventi e godono buona salute; uno morì in tenera età di convulsioni. Da circa 18 anni soffre di un gozzo nodulare circoscritto del lobo sinistro della tiroide, che da principio era della grandezza di un uovo di piccione, in seguito è andato gradatamente aumentando sino a raggiungere il volume di una grossa arancia. Da qualche anno la paziente accusa dopo i pasti una vaga dolenzia a tutto l'addome. Inoltre ha spesso acidità ed eruttazioni acide. In questi ultimi tempi la dolenzia si è trasformata in vero dolore, che compare subito dopo i pasti e che è piuttosto in rapporto con la quantità dei cibi che con la qualità. Anche i liquidi, se in quantità eccessiva, fanno insorgere tale dolore, che dura qualche ora e poi scompare, specialmente se la paziente si mette in decubito supino. Mai vomito, nè ematemesi, nè malena. Non febbre, nè ittero. L'alvo piuttosto stitico. Tale sintomatologia è andata sempre più aggravandosi, le condizioni generali della paziente sono molto peggiorate, con notevole dimagrimento.

All' esame obbiettivo si rileva oltre al gozzo una ptosi gastrica di grado notevole.

Esame radiologico: notevole ptosi gastrica con modica ectasia e atonia.

Operazione 20-6-930: Rachianestesia. Laparotomia sopra e paraombelicale sinistra. Gastropessia alla Perthes.

La paziente rientra in clinica il 12-5-935 per essere operata di gozzo.

Interrogata sui risultati della gastropessia, praticata 4 anni prima, dice che i disturbi allo stomaco che accusava prima dell'operazione sono completamente scomparsi. L'alvo è normale.

Qualche rara volta quando mangia abbondanti cibi e molto conditi, accusa leggera dolenzia all'epigastrio e compare qualche esuttazione acida.

L'esame radioscopico dello stomaco fatto in questo periodo mostra uno stomaco in posizione normale e di forma normale, leggermente aumentato di volume con fatti di spasmo pilorico iniziale; si notano anche fatti di leggera gastrite (ipertrofia delle pliche).

Caso VII° — B. Delia, di anni 35, donna di casa. Entrata in clinica il 16-5 1932, uscita il 3-7-1932

Padre morto a 35 anni per nefrite. La madre è vivente e sana. Ha avuto 8 gravidanze di cui 2 con esito in aborto. I figli godono tutti buona salute.

Secodogenita, nata da parto eutocico, ha avuto allattamento materno; normali i primi atti fisiologici. Ha sofferto il morbillo a 6 anni. Mestruatasi a 14 anni per la prima volta, i flussi sono stati sempre regolari per ritmo, qualità e quantità. A 24 anni contrasse matrimonio con uomo sano: ha avuto due gravidanze, di cui la seconda con esito in aborto. Il figliuolo gode ottima salute. La paziente afferma di essere stata sempre bene, solamente all'età di 15 anni soffrì di una infezione tifoide, dalla quale guarì dopo circa un mese.

La malattia attuale risale a circa tre anni fa, epoca in cui la paziente cominciò ad avvertire forti disturbi gastrici, consistenti in pesantezza e lieve dolorabilità all'epigastrio, con difficoltà nella digestione ed acidità dopo circa un'ora della ingestione dei cibi. Non ha avuto mai vomito, mai ematemesi, mai malena. Per far diminuire tali disurbi l'inferma è ricorsa a dieta in bianco, ma senza alcun miglio-

ramento. Consultato un sanitario, le furono praticate varie cure mediche, ma senza alcun miglioramento.

Praticata un'indagine radiografica, a dire della paziente, le fu riscontrata una ptosi gastrica. La paziente racconta che a stomaco vuoto i disturbi diminuiscono molto, ma non scompaiono mai completamente, residuandone una leggera dolenzia.

Ha avuto un forte deperimento delle condizioni generali e dice di essere molto dimagrita. L'urinazione si è mantenuta sempre normale e le mestruazioni in questi ultimi tempi sono diminuite di quantità. Alvo prevalentemente stitico, con alternative di periodi diarroici.

All'esame clinico si rileva uno stomaco notevolmente ptosico ed ectasico.

Esame radiologico praticato il 18-5-932: stomaco di forma normale; aumentato notevolmente di volume per cospicua ectasia totale; atonico; non è possibile nemmeno con la pressione manuale di far passare il pasto opaco, il fondo arriva a circa cinque dita trasverse al disotto dell' ombelicale trasversa. Dopo decubito laterale destro lo stomaco è completamente vuotato ed è possibile la visione del bulbo duodenale e del duodeno, che appaiono di forma normale.

Diagnosi radiologica: ptosi gastrica con actasia ed atonia di alto grado.

Operazione 1-6-932. Narcosi eterea. Laparotomia mediana sopra-ombelicale. Stomaco notevolmente abbassato e notevolmente dilatato; gastropessia alla Perthes.

Ritornata a casa la inferma dice di avere dopo i pasi i medesimi disturbi gastrici che accusava prima della operazione. Alvo diarroico. Persistendo tali disturbi la paziente richiese il ricovero in clinica dopo circa 4 mesi dall'operazione.

L'esame radioscopico, praticato in tale epoca, dimostra lo stomaco in posizione normale, ma ancora notevolmente ectasico e atonico.

Caso VIII° — B. Terzilio, di anni 29, muratore. Entrato in clinica il 24-4-931, uscito il 10-5-931.

Nulla sa degli avi paterni e materni; come pure nulla sa del padre essendo figlio illeggittimo. Madre vivente e sana. Un fratello morì nell' ultima guerra, gli altri sono viventi e sani. Ultimogenito, nato a termine da parto eutocico: normali i primi atti fisiologici. Nega i comuni esantemi infantili. Verso i 13 anni fu affetto da una otite acuta a carico dell'orecchio destro; guarì dopo pochi giorni con cure appropriate.

Il paziente riferisce che circa un anno fa mentre era al suo ordinario lavoro, sforzandosi notevolmente nel sollevare un peso, ebbe la sensazione come se gli si fosse abbassato qualche cosa dentro l'addome in corrispondenza dello stomaco; a questo fatto seguì diarrea profusa, che si protrasse per due o tre giorni, accompagnata da molesta sensazione di borborigmi, e da un senso di oppressione che, a dire del paziente, gli rendeva faticosa la respirazione. Dopo qualche mese cominciò ad avvertire un vivo senso di bruciore localizzato allo stomaco con acidità alla bocca e giramenti di testa. Ebbe pure vomito, in rapporto con ingestione di certi medicinali e, sospesi questi, il vomito cessò. Il paziente andò in seguito soggetto a crisi più o meno lunghe di anoressia e quasi sempre poi ha notata una certa ripugnanza per la carne. I disturbi accusati dal paziente sono in rapporto con l' ingestione dei cibi, sopratutto con la loro quantità più che con la qualità. Ma il senso di bruciore allo stomaco aumenta in seguito ad ingestione di vino. Mai melena nè ematemesi. Circa un mese fa il paziente ebbe a notare una lieve tinta subitterica delle sclere, la quale scomparve dopo alcuni giorni senza alcuna cura. Fattosi visitare da vari sanitari gli fu consigliata una radioscopia dello apparato digerente ed in seguito al reperto di questa entra in clinica il 12/4/931.

All'esame clinico si rileva una ptosi gastrica.

Esame radiologico 25/3/931 : stomaco ptosico, scarsamente ectasico con antro lobboso, peristalsi vivace a tipo polivalente, completamente inefficace per lo svuotamento a causa di spasmo pilorico intenso e durevole. Sotto pressione manuale e dopo vario tempo dalla ingestione del bario si riesce a far passare bario nel duodeno.

Diagnosi radiologica: stomaco ptosico con ectasia di modico grado.

Operazione 17/4/1921 : Rachianestesia. Laparotomia mediana sopraombelicale. Gastropessia alla Perthes.

Un esame radiografico eseguito due mesi dopo l'intervento, mostra lo stomaco in posizione normale. I disturbi che il paziente accusava prima della operazione sono completamente scomparsi e, a dire del paziente, le condizioni generali inoltre sono già molto migliorate.

Caso IX°. — P. Irma, di anni 33, donna di casa. Entrata in clinica, il 18/4 930, uscita il 32/6/930.

I genitori sono viventi e sani. Un fratello morì a 27 anni, sembra in seguito a lesioni riportate nell'ultima guerra da gas asfissianti. Nacque da parto a termine: Ebbe allattamento materno. normali i primi atti fisiologici. In tenera età ebbe il morbillo. Mestruò a 16 anni e le mestruazioni seguenti furono sempre normali per durata, qualità, quantità e periodo di ritorno. Sposò a 22 anni un uomo di 27, tutt'ora vivente e sano. Ebbe tre gravidanze : due le condusse a termine ed i bambini sono viventi e sani : la seconda fu intorrotta al settimo mese : il feto nacque vivo, ma morì dopo 24 ore.

Da circa nove anni la paziente avverte senso di peso all'epigastrio subito dopo ogni pasto. Tale sensazione alle volte si tramuta in dolore sordo, gravativo, non molto intenso, che dura due o tre ore e poi scompare. Tale sintomatologia si aggrava quando la paziente ingerisce cibi solidi, di difficile digestione e in grande quantità. Il dolore è localizzato all'epigastrio e si irradia qualche rara volta verso l'ombelico. Non ha avuto mai vomiti, nè eruttazioni, nè rialzi febbrili.

Sin da bambina ha sofferto di stitichezza, che in seguito è andata aggravandosi, tanto che la paziente è costretta a fare continuamente uso di purganti e di clisteri. Ha una scarica ogni 3-4 giorni; le feci sono dure, a pallottola. Mai diarrea. Da circa due mesi subito dopo ogni pasto i dolori all'epigastrio sono diventati più intensi, tanto da costringere la paziente ad una dieta rigorosa e sopratutto ad ingerire piccole quantità di cibo per volta. Tre giorni or sono, subito dopo mangiato, la paziente avvertì senso di peso allo epigastrio, che dopo circa due ore si tramutò in intenso dolore all' epigastrio con senso di oppressione nella regione cardiaca. Avendosi procurato il vomito la paziente stette subito meglio, i dolori andarono scomparendo e ne residuò una leggera dolenzia in corrispondenza dell'epigastrio. Durante l'accesso dolorifico la temperatura raggiunse i 38 gradi, ma dopo poche ore ritornò normale. Perdurando tale sintomatologia dopo ogni pasto, la paziente si decide ad entrare in clinica.

All'esame obbiettivo si rileva una ptosi gastrica.

Esame radiologico : stomaco ptosico, atonico con aspetto regolare del tratto piloro-duodenale : vuotamente alquanto rallentato, ma proporzionato al tono ed alla peristali del viscere. Tenue di aspetto e sede normale ; colon ripieno nella sua totalità nelle 24 ore ; esso è totalmente ptosico con gli angoli sotto le creste iliache e porzione mediana del trasverso situata al di dietro del pube. In corrispondenza degli angoli si notano fatti di colite catarrale e la pressione è dolorosa. Nessun segno di alterata canalizzazione ; il passaggio del contenuto colico è però lento con stasi nel cieco ed ascendente. In decubito orizzontale il colon risale leggermente senza però tornare in sede normale.

Operazione 26/5/930: Rachianestesia. Laparotomia mediana sopra e paraombelicale sinistra. Gastropessia alla Perthes e trasversocolonpessia con punti di seta tra la tenia anteriore e il peritoneo parietale cruentato.

Dopo circa un anno dall'intervento la paziente dice che i disturbi che accusava dopo i pasti sono molto migliorati. Quando segue una dieta appropriata e sopratutto quando ingerisce poco cibo per volta la paziente non accusa più nessun disturbo e la digestione avviene normalmente, mentre se ingerisce il cibo in gran quantità avverte senso di peso all' epigastrio che talvolta aumenta sino a divenire una leggera dolenzia, senza però raggiungere mai i caratteri di vero dolore. Non è mai dovuta ricorrere al vomito. La stitichezza ha subito un notevole miglioramento, e solo qualche rara volta deve ricorrere ai lassativi.

Caso X° — G. Maria, di anni 34, suora. Entrata in clinica il 15-5-934, uscita il 16-7-934.

Gli avi non furono conosciuti dalla paziente. Il padre morì a 74 anni di polmonite. La madre di 70 anni è tutt'ora vivente e sana. Questa ebbe otto gravidanze tutte ben condotte a termine con parti eutocici. Dei figli uno morì a 40 anni per tubercolosi polmonare, uno ad un anno di vita per gastro-enterite, sei sono viventi e sani ad eccezione della paziente e di una sorella che fu operata, sembra, di peritonite specifica, con esito in guarigione. Nulla degli altri collaterali.

La paziente è settimogenita, nata a termine da parto eutocico, ebbe allattamento materno, sviluppo somatico e psichico normali. Soffrì dei comuni esantemi infantili. A 8 anni fu affetta da bronco-polmonite e tifo. Mestruò a 17 anni e da allora i flussi sono sempre succeduti normali.

Narra la paziente che circa 4 anni or sono ammalò improvvisamente con febbre elevata, che aveva esacerbazioni serotine precedute da brividi e seguite da sudorazioni profuse, cefalea e stato generale piuttosto grave. I sanitari diagnosticarono una infezione intestinale. Tale febbre durò circa un mese e poi cessò gradatamente.

Dopo tale periodo di tempo la paziente ha cominciato a soffrire di peso allo stomaco che s'iniziava subito dopo il pasto e durava qualche ora. Inoltre avvertiva senso di bruciore allo stomaco, senso di acido in bocca ed aveva frequenti eruttazioni acide. Nello stesso tempo insorgevano dopo il pasto, precisamente subito dopo di questo, dei veri dolori localizzati all' epigastrio con irradiazioni verso l'ipocondrio destro e posteriormente alla colonna vertebrale, senza irradiazioni alla spalla destra. Questi dolori, che duravano circa due ore, non erano in genere, nei primi tempi, accompagnati da vomito. Insorgevano subito dopo ogni pasto, sempre alla stessa ora, ed i periodi di dolori si alternavano con periodi in cui, pure non essendoci veri e propri dolori, permaneva il senso di peso e di bruciore all'epigastrio. Vi era stipsi intensa, tale da richiedere l'uso di lassativi e di purganti quasi costante, con feci piccole e dure, miste a catarro e con strie di sangue rutilante. La stipsi si alternava con periodi di dolori addominali diffusi, stimolo frequente a defecare ed emissioni di feci diarroiche con striature di sangue e catarro. In prosieguo di tempo e nei periodi di maggiore intensità delle crisi dolorose la paziente aveva vomito alimentare, amaro. La paziente insiste sul fatto che le crisi dolorose erano quasi sempre precedute da brividi di freddo; la temperatura poi si elevava a 37 gradi e mezzo-38 e col cessare del dolore si abbassava con sudori. Mai ittero. Da circa un mese e mezzo tale sintomatologia si è aggravata: le crisi dolorose sono diventate particolarmente frequenti e così pure i vomiti. Per questo la paziente chiede ricovero in clinica.

Esame obbiettivo: si rileva ptosi gostrica. All'esplorazione anale noduli emorroidari.

Radioscopia dell'apparato digerente: rilevantissima gastoptosi con atonia; assenza di segni di lesioni ulcerative in sede gastrica e duodenale; svuotamento lento in posizione eretta, affrettato col decubito laterale destro; tenue ptosico, specialmente nella sua porzione digiunale, ma con canalizzazione regolare. Colon fortemente ptosico con ambedue gli angoli sotto le creste iliache e trasverso in sede sottopubica. Il trasverso presenta austrazione fortissima; negli angoli invece esistono segni di colite cronica. Il bario rimane lungamente nel colon destro (oltre 24 ore).

Diagnosi radiologica: ptosi gastro-intestinale; rilevante colite cronica degli angoli epatico e splenico, colite spastica del trasverso e stipsi destra della stessa natura.

Operazione 30-5-934: Rachianestesia. Laparotomia mediana sopra e paraombelicale. Stomaco e colon trasverso notevolmente abbassati; gastropessia alla Perthes; colonpessia con fissazione mediante punti di seta della tenia anteriore al peritoneo parietale cruentato.

Dopo cinque mesi dalla operazione la paziente dice di essere in ottima salute. I disturbi sono completamente cessati e la paziente anche se non sta attenta nella quantità e nella qualità dei cibi non avverte più alcun dolore all'epigastrio, nè senso di bruciore, nè eruttazioni. Il vomito è scomparso e così pure l'ematemesi.

Anche la stitichezza è molto migliorata e solo raramente deve ricorrere a lassativi.

*
* *

Nella terapia della ptosi gastrica i metodi indiretti incruenti, preventivi e curativi dovrebbero essere tentati sempre per la loro assoluta innocuità, sopratutto nei casi non gravi e complicati, ma sebbene ne sia stato esagerato il valore, essi da soli raramente arrecano giovamento ed ancor più raramente si trovano pazienti disposti a sopportarli per lungo tempo. Inoltre come dice Parlavecchio gli infermi, che presentano oltre alla ptosi gastrica anche ptosi epatica con colecistite o ptosi cecocolica con coliche appendicolari, non possono sopportare le ventriere per i dolori che queste provocano.

I metodi indiretti cruenti anch'essi da soli giovano di rado e solamente quando sono usati o a scopo preventivo o per cura delle ptosi iniziali non complicate. Perciò, data anche la relativa gravità, non dovrebbero esser usati con la larghezza di quelli incruenti, riservandosi solamente di eseguirli come complemento dei metodi diretti.

I metodi diretti immediati sebbene in un primo tempo abbiano dato risultati apprezzabili (Rovsing), tuttavia anch'essi rientrano nel giudizio sfavorevole che è stato dato per tutti quei metodi che creano aderenze dannose alle pareti gastriche. Tali risultati si possono spiegare col fatto che le aderenze sierosierose, essendo labili, in seguito si siano sciolte, pur avendo permesso e favorito, durante il periodo che resistettero, la ricostruzione dei legamenti messi in riposo.

I metodi diretti mediati hanno dato in complesso risultati migliori. Beyea ebbe 22 guarigioni su ventisei casi ed Eve 6 guarigioni su 7 casi

trattati con la plastica del legamento gastro-epatico. Koffey ebbe esito soddisfacente in 2 casi trattati col suo metodo, consistente nel creare un'amaca di sostegno allo stomaco, praticando la omentopessia anteriore e la laparoplastica. Parlavecchio ha avuto risultati eccellenti in tutti i 5 casi nei quali ha praticata la sospensione dello stomaco mediante legamenti aponevrotici fissi.

Il metodo di Perthes consiste essenzialmente nella sospensione dello stomaco al legamento terete come un capo di biancheria alla corda ; il terete, staccato dalla parete addominale e isolato, vien fatto passare sotto la sierosa gastrica a livello della piccola curvatura e viene fissato con il suo estremo distale alla parte superiore sinistra della parete addominale anteriore.

Esso si può dividere in vari tempi :

1° Laparotomia mediana sopra-ombelicale.

2° Sezione del legamento rotondo in corrispondenza della cicatrice ombelicale ed isolamento di esso fino in vicinanza del fegato.

3° Per fissare bene il legamento rotondo alla parete gastrica occorre farlo passare più volte al disotto della sierosa e possibilmente nello spessore dello strato muscolare. A tale scopo si incide in corrispondenza della piccola curvatura la sierosa con piccole incisioni verticali di circa 1|2 cm. e con uno strumento smusso attraverso ad esse si scolla la sierosa interessando anche parzialmente la muscolare per un tratto di circa un centimetro , facendo riuscire la punta dello strumento attraverso la sierosa in modo da formare una serie di piccole gallerie al disotto della sierosa e per quanto è possibile nello spessore della muscolare.

4° Si fa passare attraverso alle suddette gallerie il legamento rotondo, il quale in corrispondenza di esse viene fissato con uno o due punti di sutura con seta.

5° L'estremità libera del legamento rotondo , passata attraverso ad un' asola praticata in corrispondenza del peritoneo parietale e della parete muscolo-aponevrotica dell'ipocondrio sinistro al disotto dell'arcata costale in vicinanza della emiclaveare , si fissa con punti di catgut al disopra della aponevrosi.

6ª Sutura del peritoneo, dei muscoli dell' aponevrosi e della cute

In modo molto vario è stata apprezzata dai vari Autori la bontà del metodo di Perthes; alcuni, sebbene pochi, accettano l' operazione senza riserve, ritenendola uno dei mezzi migliori per la cura della ptosi gastrica ; altri, e sono i più, ritengono che l' operazione di Perthes abbia dei lati buoni, ma che ne abbia anche dei cattivi, onde la necessità di modificarla parzialmente; altri infine dicono che tale metodo non corrisponde affatto.

Così il Max Manon è favorevole al metodo di Perthes.

Il Parlavecchio riconosce che tra i metodi di cura della ptosi , quelli

diretti mediati danno i risultati migliori e tra essi ricorda, se pure non in prima linea, il metodo di Perthes.

Secondo Acquaviva, fra i numerosi interventi proposti, le plicature non correggono le turbe funzionali della ptosi, le pessie sono dolorose e antifisiologiche, la gastroenterostomia non fa cessare i dolori, invece l'operazione di Perthes, nei 4 casi dell'Autore, pare sfugga a queste critiche. Essa infatti, secondo Acquaviva, sospende lo stomaco per la piccola curvatura e perciò corregge la ptosi, evita le aderenze dolorose alla parete addominale e non compromette affatto il ritmo funzionale: è infine di prognosi buona. Inoltre il miglioramento funzionale che ne consegue è così netto che equivale ad una guarigione ed il risultato anatomico controllato allo schermo radiologico è quanto mai lusinghiero. Ma è indispensabile che i risultati ottenuti con lo intervento siano consolidati dal regime e dalla ginnastica.

Accanto a questi Autori ci sono altri che accettano il principio informatore del metodo di Perthes, ma riconoscono il bisogno di modificarlo in misura più o meno vasta.

Fra questi lo Schloesmann riferì due risultati ottimi a due anni di distanza dall'operazione, eseguita modificando il processo di Perthes in modo da farlo servire alla contemporanea fissazione del fegato: la modifica consiste nel far passare il terete attraverso la parete toracica, a livello dell'ultima articolazione condrocostale destra e nell'attorcigliarlo intorno a questa o alla xifoide; in tal modo fissa il fegato; il resto del terete è utilizzato per la gastropessia, secondo il metodo di Perthes.

Pieri ritiene che nell'operazione di Perthes il risultato che se ne ottiene sia abbastanza buono ma incompleto perchè la muscolatura gastrica non può ricuperare la sua tonicità.

Ollenstein, basandosi su radiografie pre e post-operatorie, riporta 43 casi (34 donne e 9 uomini), con 22 guarigioni e 4 miglioramenti. La tecnica usata fu quella di Perthes leggermente modificata.

Serra in otto casi in cui ha praticata la gastropessia alla Perthes-Vogel ha ottenuto risultati abbastanza buoni e che giustificano un più largo controllo del metodo, infatti ebbe cinque guarigioni, due miglioramenti ed un esito negativo per complicanze post-operatorie.

Infine ci sono quelli che negano l'utilità dell'operazione di Perthes. Tra questi il Marchesini, basandosi su 6 casi da lui operati, dice che un miglioramento si può avere solo praticando la gastroplicazione alla Schiassi e la gastroenterostomia alla Von Hacker (per evitare il peso ed il ristagno del cibo) mentre il metodo di Perthes da solo non autorizza affatto a sperare che la funzione possa ripristinarsi, pure prescindendo dal dolore che alla gastropessia inevitabilmente consegue.

Pribram è esplicito nel dichiarare che il metodo di Perthes non ha ragione di essere attuato perchè non è di beneficio alcuno all'infermo e sulla base di 24 malati difende la gastroplicazione con un metodo suo.

Dei suoi ammalati dice d averne riviști 13 : otto completamente guariti, e cinque migliorati.

Lambret ritiene che i risultati dell' operazione di Perthes non siano affatto regolari perché essa non é fisiologica, cioè non ristabilisce l'armonia degli organi digestivi. Infatti, secondo tale Autore, nelle ptosi degli organi addominali vi sono sempre lesioni e disposizioni anatomiche anormali, semplici o associate, che rientrano tutte nelle seguenti categorie : aderenze o nuove membrane ; ptosi o mobilità anormali ; cavità troppo spaziose con bassi fondi dello stomaco, del duodeno, ecc. Solamente togliendo queste cause, che anatomicamente e fisiologicamente perturbano l'armonia degli organi digerenti, si potrebbero avere dei buoni risultati. Perciò secondo il Lambret bisognerebbe : distruggere le aderenze e le membrane anormali e fare in modo che gli organi non scendano di nuovo : riporre gli organi in buona posizione e impedire le mobilità troppo grandi ; sopprimere i bassifondi e diminuire il calibro della cavità.

Secondo l' Autore suddetto tali obbiettivi non vengono sempre tutti raggiunti nella gastropessia alla Perthes perchè la sospensione può allentarsi quando il legamento rotondo del fegato non è sufficientemente solido in tutta la sua lunghezza, tanto che si propose rinforzarlo con una striscia di aponevrosi, cosa possibile ma che complica l' operazione. Inoltre, sebbene nel metodo di Perthes sia applicato il primo e il secondo dei principi suddetti, cioè la distruzione di aderenze e di membrane, la buona posizione degli organi e la fissità dello stomaco, tuttavia trascura completamente il terzo : cioè non si sopprimono i bassifondi dello stomaco. E sopratutto per questi fatti che i risultati di questa operazione non sono regolari. Infatti la sospensione della piccola curvatura ha azione favorevole, e questo è il lato buono della operazione di Perthes, nel far cessare gli stiramenti del piccolo epiploon, nel mantenere in buona posizione il piloro in rapporto alla parte superiore. Ora questo non è sempre sufficiente in tutti i casi, perchè, se lo stomaco ha pareti molto sottili e atoniche, la grande curva non è più solidale con la piccola, dalla cui sospensione non è più influenzata, e continua a discendere verso il basso.

*
* *

I risultati della cura della gastroptosi ottenuti nei casi da me osservati con il metodo di Perthes sono stati differenti ed in stretto rapporto con [1] diversi gradi e varietà dell'affezione. In alcuni infatti si è avuta la guarigione completa dei sintomi clinici ; in altri un notevole miglioramento ; in uno solo infine non ho ottenuto alcun miglioramento. Ho avuto la guarigione completa nei casi di ptosi gastrica parziale o totale, complicata talvolta da atonia ed actasia, ma queste sempre di modico grado. In tutti questi casi (1°, 2°, 3°, 4°, 8°, 10°) della mia statistica, in cui i disturbi

gastrici prima dell'operazione erano molto gravi e le condizioni generale molto deperite, ho avuto una completa guarigione con la scomparsa dei disturbi e con un notevole e rapido miglioramento delle condizioni generali. In tutti i casi nei quali si ebbe la guarigione e nei quali si potè di nuovo eseguire l'esame radiologico a distanza variabile di tempo da due mesi a quattro anni (caso 3°) dopo l'operazione, si trovò che lo stomaco era sempre in sede normale, ad eccezione di un caso (2°) in cui lo stomaco risultò leggermente ptosico.

In quei casi in cui oltre alla ptosi esisteva anche atonia e talvolta ectasia gastrica, ma sempre di modico grado, in tutti si ebbe dopo la gastropessia la scomparsa dell'atonia e dell'ectasia; risultato che si ottenne anche nel caso suddetto (2°) nel quale era residuata una ptosi di modico grado. Invece in un caso (7°) in cui esisteva oltre alla ptosi gastrica anche atonia ed ectasia di altro grado, l'intervento operatorio ebbe esito completamente negativo.

Ho avuto un notevole miglioramento dopo l'operazione in quei casi in cui oltre alla ptosi gastrica esisteva anche ptosi di altri organi e nei quali, oltre alla gastropessia si dovette ricorrere anche alla fissazione di qualche altro organo ptosico (5° caso: gastropessia e nefropessia destra; 9° caso: gastropessia e colonpessia: 10° caso: gastropessia e colonpessia). In questi casi, eccettuato il 10° nel quale si ebbe completa guarigione, i disturbi gastrici sono scomparsi ma talvolta, se i pazienti non seguono una dieta appropriata e sopratutto se ingeriscono quantità abbondanti di cibo, accusano dopo i pasti senso di peso, acidità e leggera dolenzia all'epigastrio, che però non raggiungono mai l'intensità dei disturbi di cui il paziente soffriva prima dell'intervento. Tale sintomatologia in tutti questi casi scompare completamente con l'uso di una dieta normale.

Infine non ho ottenuto alcun miglioramento in un solo caso (7°), in cui oltre alla grave ptosi esisteva anche ectasia e atonia di alto grado dello stomaco. In questo caso i disturbi gastrici dopo la gastropessia sono stati sempre presenti, di eguale intensità e con i medesimi caratteri. L'esame radioscopico, eseguito dopo 4 mesi dell'intervento, mise in evidenza uno stomaco in sede normale, ma ancora notevolmente ectasico ed atonico. In questo caso quindi si era riusciti con la gastropessia a fissare lo stomaco in buona posizione, ma la grave ectasia ed atonia dell'organo non avevano subito alcun miglioramento, per cui persistenza dei disturbi gastrici anche dopo la gastropessia.

In tutti i casi il legamento rotondo risultò abbastanza grosso e resistente per poter eseguire la gastropessia, ad eccezione di un sol caso (3°) in cui, essendo il legamento sottile sopratutto nella sua parte media, si dovette rinforzare con un tratto di grasso properitoneale.

In tutti i casi nei quali esisteva stitichezza più o meno grave si ottenne con la gastropessia, sola o associata alla colonpessia nei casi di co-

lonptosi, un notevole miglioramento ed in alcuni (1°, 3°, 6°) anche la completa guarigione.

Conclusioni

In base ai risultati ottenuti con la gastropessia alla Perthes nei 10 casi da me illustrati, si può arrivare alle seguenti conclusioni: in sei casi ho avuto la guarigione constatata anche dopo quattro anni, con scomparsa completa dei disturbi gastrici. L'appetito è ritornato normale e le digestioni sono diventate facili ed assolutamente indolori. Lo stato generale ha subito un notevole. ed abbastanza rapido miglioramento, in diretto rapporto con la ripresa della alimentazione normale. Gli altri sintomi generali, cefalea, vertigini, astenia, sono stati favorevolmente influenzati. Sopratutto la scomparsa dell' astenia è uno dei disegni più costanti che si osservano dopo la gastropessia ed anche la scomparsa della depressione della psiche, che con grande frequenza si osserva in questi pazienti.

In tre casi ho ottenuto un notevole miglioramento, essendosi avuta la scomparsa dei disturbi gastrici, che comparivano solamente in seguito a gravi abusi dietetici, ma anche in questi casi erano sempre passeggeri e di modico grado.

In un sol caso infine non ha avuto alcun miglioramento. Tale risultato negativo ritengo sia dovuto alla grave atonia e sopratutto all'ectasia di alto grado, che erano associate alla ptosi dello stomaco e che non vennero affatte influenzate dalla gastropessia, come dimostrò anche l' esame radioscopico eseguito dopo l'intervento.

Nei casi in cui fu possibile praticare l' esame radiologico dopo l'intervento fu sempre osservato, anche dopo quattro anni (caso 9°) che lo stomaco era in sede normale, meno in uno (2°) nel quale lo stomaco risultò leggermente ptosico, probabilmente per fissazione un po' bassa dello stomaco durante l'intervento operatorio.

Pertanto la gastropessia col metodo di Perthes, associata o no a pessia di altri organi, può trovare la sua indicazione nella cura delle gastroptosi, oltre che per la sua assoluta benignità, anche perchè in gran numero di casi dà risultati veramente buoni. E tali risultati si ottengono sopratutto in quei casi in cui esiste o la sola ptosi gastrica o la ptosi associata ad un'atonia ed anche ad una ectasia, ma iniziali e di modico grado, mentre non si ha giovamento in quei casi in cui la ptosi gastrica è complicata da atonia e da ectasia di alto grado. Infatti in questi casi, come giustamente notava il Lambret, la sospensione della piccola curvatura, che si ottiene con la sola gastropessia alla Perthes, lascia immutata, se non l'aggrava, la ptosi del gran cul di sacco dello stomaco.

Riassunto.—L'A. illustra 10 casi di ptosi gastrica curati con la gastropessia alla Perthes: in sei casi ha avuto la guarigione, controllata anche dopo quattro anni, con scomparsa dei disturbi; in tre casi ha ottenuto un notevole miglioramento; in un sol caso non ha avuto alcun giovamento.

L'A. conclude che la gastropessia col metodo di Perthes, associata o no a pessia di altri organi, può trovare la sua indicazione nella cura della gastroptosi, oltre che per la sua assoluta benignità, anche perchè in un gran numero di casi dà risultati veramenti buoni, sopratutto quando esiste o la sola ptosi gastrica o la ptosi associata ad atonia ed ectasia, ma iniziali e di modico grado, mentre non si ha giovamento alcuno in quei casi in cui la ptosi gastrica è complicata da atonia e da ectasia di alto grado.

Résumé. — L'A. illustre 10 cas de ptose gastrique traitées par la gastropexie á la Perthes: dans six cas il a eu la guerison, contrôlée même quatre ans aprés, avec disparition des troubles; dans trois cas il a obtenu une amelioration remarquable; dans un seul cas, il n'a eu aucune amelioration.

A' la suite de ces observations, l'A. est de l'avis, que cette technique, qui peut même être associée á la pexie d'autres organes, peut trouver son indication dans le traitement de la gastroptose, non seulement parce qu'elle est une operation benigne, mais parce qu'elle donne des résultats vraiment remarquables, surtout lorsque existe ou seulement la ptose gastrique on la ptose associée à atonie et ectasie de dégré modique.

Summary.—The author illustrates 10 cases of gastric ptosis treated with gastropexy after Perthes: in six cases there was recovery, controlled even after four years, with disappearance of disturbances, in three cases there was a notable improvement, in only one case there was not any effect.

The author concludes that the gastropexy after Perthes, associated or not with a pexy of other organs can find its indication in the treatment of gastric ptosis, besides for its absolute benignity, also because in a great number of cases gives really good results especially when there exists either the gastric potosis alone or the ptosis associated with atony and ectosis but of initial and moderate degree. But the operation does not give any effect in those cases in which the gastric ptosis is complicated with atony and ectosis of high degree.

Zusammenfassung.—Der Autor berichtet über 10 Falle von Ptosis gastrica die mit der Gastropexie nach Perthes behandelt wurden, wobei 6 Fälle auch bei einer Kontrolle nach 4 Jahren geheilt waren, 3 Fälle erheblich gebessert waren und nur in einem Fall keinerlei Besserung zu verzeichnen war.

Abschliessend stellt der Autor fest, dass die Gastropexie nach der Methode von Perthesmit oder ohne gleichzeitiger Pexie anderer Organe bei Ptoeis gastica als indiziert angesehen werden kann. Dies nicht nur wegen ihrer absoluten Unschädlichkeit, sondern auch deshalb weil sie in einer gvossen zahl der Fälle wirklich gute Resultate ergibt, besonders dann wenn es sich um eine isolierte Ptosis gastrica oder um eine Ptosis, die mit mässiger Atonie und Ektasie im Initialstadium einhergeht, handelt. In den Faellen jedoch, in denen die Ptosis gastrica durch hochgradige Atonie und Ektasie hompliziert ist, ist keinerlei Erfolg zu erwarten.

LAVORI CONSULTATI

Acquaviva. - Del trattamento chirurgico delle ptosi gastriche con la operazione di Perthes, Thèses de Montepellier. — *Bastianelli* - Se e come debbano chirurgicamente trattarsi i gastroptosici ectasici funzionali. - Arch. Ital. di Chir., Vol. VIII, pag. 387, 1924. — *Coffey.* - Gastro-enteroptosis, Dean Lewis' Practice of Surgery, Cap, XIV, Vol, VI. — *Donati.* - Patologia e Clinica delle ptosi gastro intestinali. - XXVIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia, 1921. — *Fasano.* - Delle gastroptosi con speciale riguardo alla concomitante epatoptosi. - Arch. Ital. di Chir., Vol. XVII, 1927.— *Glenard.* - Les ptoses viscérales. - Alcan edit. Paris, 1899. — *Göbell.* - Die Ergebnisse der chirurgischen Behandlung der gastroptose. - Archiv. f. Klin. Chir. v. 144, p. 266, 1927. — *Grignani.* - Il valore del metodo di gastropressi diretto. - Arch. Ital. di Chir. v. XVI, 1926. — *Lambret.* I Traitment chirurgical de la ptose gastrique par suspension et cuillissage de la grande courbure. - La Presse Medicale n. 99, 1929. — *idem* - Traitment chirurgicade la ptose gastrique. 125 cas personels de souspension avec caulissage de la grande courbure. - Soc. de Gastro-Enteralogie de Paris, 12 Juin 1933. — *Losio.* - La correzione dello stomaco ptosico con il processo Losio. - Arch. Ital. di Chir. Vol. XXIV, p. 213, 1929. — *Ollenstein.* - Gastroptosis. - Archiv fur Kliniche Chirurgie, Vol. CLVIII, fasc. 4. — *Parlavecchio.* - Terapia delle ptosi gastro-enteriche.- XXVIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia, 1921.—*Pauchet.* - La gastropeie. - La Pratique chir. illustrée, fasc. 13, 1929. — *Perthes.* - Ueber operation der gastroptose unter Verwendung des Ligamentum teres epatis. - Zentralbl. f. Chir., n. 27, 1920.—*Pieri.* - Gastroptose, Operation de Perthes. - Soc. de Chir. de Marseille, 1925. — *Pribram.* - Die operative Behandlung der gastroptose und prinzipelle Bemer Kungen zur Ptosenfrage. - Zentralblath fur Chirurgie, T. LX, n. 13, pag. 734, 1933.—*Schiassi.* - Sul trattamento di elezione della gastroptosi-ectasia idiopatica. - Arch. Ital. di Chir., Vol. 4, Anno IV. — *Serra.* - La ptosi gastrica e la sua cura chirurgica coi metodi di Perthes-Vogel e Coffey-Beya. - Arch. Ital. di Chir., Vol. XXXIX, p. 141, 1935.