

445
DOTT. MARCELLO PETACCI

Radicale intervento chirurgico per fistola gastro-digiuno-colica

Guarigione

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica) anno XLV (1938)



81
B
29

ROMA
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »
N. 14 — Via Sistina — N. 14

1938

DOTT. MARCELLO PETACCI

Radicale intervento chirurgico per fistola gastro-digiuno-colica

Guarigione

Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica) anno XLV (1938)

ROMA
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »
N. 14 — Via Sistina — N. 14

8391

PROFRIETÀ LETTERARIA

Roma. Stab. Tip Ditta Armani di M. Courrier.

R. CLINICA CHIRURGICA DELL'UNIVERSITÀ DI MILANO

Direttore: Prof. MARIO DONATI

Radicale intervento chirurgico per fistola gastro-digiuno-colica. Guarigione.

MARCELLO PETACCI, Capitano Medico nella R. Marina,
assistente militare.

Il caso che ritengo opportuno esporre mi sembra interessante oltre che per l'importanza delle lesioni anatomopatologiche a carico di alcuni tratti del tubo digerente, anche per la complessa sindrome clinica.

L'intervento chirurgico che venne eseguito fu quanto mai indaginoso ma i risultati conseguiti apparvero ottimi.

Perciò ritengo necessario descrivere per esteso un nuovo caso operato con successo dal prof. Donati presso la R. Clinica Chirurgica dell'Università di Milano.

Già il Donati aveva comunicato alla Società lombarda di chirurgia nel '33 un caso simile ugualmente operato con successo.

Par. Egidio, panettiere, di anni 23, celibe, nato a Milano. Il gentilizio è negativo. Nato a termine ebbe allattamento materno, normali i primi atti fisiologici, non soffrì dei comuni esantemi dell'infanzia.

Fu dichiarato abile alla leva di terra e quindi riformato durante il servizio per ulcera gastrica.

Buon mangiatore, non bevitore, non fumatore.

Dell'accennata infermità soffrì ancora negli anni successivi tanto che nel settembre del 1935 venne ricoverato nel Padiglione Litta dell'Ospedale Maggiore.

Qui fu operato di gastroenterostomia transmesocolica posteriore.

Dimesso guarito dall'Ospedale dopo 20 giorni di degenza godette buona salute sino al maggio del 1937 epoca in cui cominciò ad accusare i primi disturbi e precisamente senso di peso all'epigastro insorgente mezz'ora dopo i pasti e dolore intenso. Alcune volte ebbe vomito all'inizio dei dolori. I disturbi in oggetto venivano accusati solamente in occasione dei pasti, mentre lontano da questi ed a digiuno l'ammalato non accusava alcun dolore.

Obbiettivamente l'individuo si presentava in buone condizioni di nutrizione e sanguificazione. Lo scheletro era regolare, normale il pannicolo adiposo; la cute e le mucose superficiali rosee.

Il capo era mobile. Le pupille isocoriche bene reagenti alla luce ed alla accomodazione.

La lingua era arida e l'alito fecaloide. Al collo nulla da notare.

Il torace bene espansibile, simmetrico, fonesi chiara, murmure vescicolare bene percepibile. Normale il **fremito vocale** tattile.

Il cuore nei limiti fisiologici con toni puri e ritmici.

L'addome relativamente trattabile.

Alla parte inferiore della cicatrice xifo-ombellicale, si sentiva sotto la cute una tumefazione del volume di un grosso pisello, di consistenza duro-elastica notevolmente dolente.

Qualche dolenzia al quadrante inferiore destro ove si apprezzava un modico senso di intasamento.

Gli organi ipocondriaci erano nei limiti ed indolenti.

Nulla di notevole agli arti.

Nessun fenomeno a carico del sistema nervoso.

Le urine di questo ammalato erano normali. Per altro non aveva edemi. Pressoché normale era anche la crasi sanguigna, salvo una lieve linfocitosi ed una certa diminuzione dei globuli rossi.

Normale la glicemia. Negative le reazioni di Sachs, Meinike e Wassermann. L'azotemia era di 0,40.

All'esame delle feci si notava presenza di sangue e di sostanze alimentari indigerite. Furono eseguite inoltre prove con sostanze coloranti che dimostrarono il rapido passaggio del chimo dallo stomaco al colon ed il deflusso dal colon allo stomaco.

Durante la degenza l'ammalato ebbe vomito una sola volta, vomito che aveva le stesse caratteristiche dell'alito.

L'ammalato ebbe anche diarrea, però non molto frequente, tenesmo e dolori all'ano.

All'esame radiologico si ebbe il seguente referto:

All'esame del torace si osserva una velatura dell'apice sin. che si rischiarà scarsamente sotto i colpi di tosse.

Nulla all'esofago. Le pliche della mucosa gastrica appaiono notevolmente ingrossate e distribuite disordinatamente su tutta la parete.

Lo stomaco è piuttosto fisso, stirato un poco medialmente con g. e. ampia, funzionante irregolarmente, nonostante un rapido svuotamento gastrico.

Sull'ansa anastomizzata con la compressione dosata, si mette in evidenza il persistere d'una chiazza a losanga sulla quale la pressione digitale provoca qualche dolore. Il deflusso nell'ansa efferente avviene con un certo disordine, e mette in evidenza una irregolarità della mucosa per cui l'ansa stessa ha un aspetto sfrangiato. A circa 15 cm. dalla neostomia il mezzo di contrasto si distribuisce in un groviglio di anse digiunali che fa pensare alla possibile esistenza di una Braun.

Nulla di notevole all'ileo. Il colon presenta haustra abbastanza regolari; il ceco è spostabile, non dolente; l'appendice appare iniettata alla VI ora, addossata al fondo cecale, non dolente alla palpazione.

C. R. Ulcera peptica sull'ansa anastomizzata in corrispondenza della neostomia con gastrite ipertrofica notevole e disordine della mucosa digiunale. Probabile esistenza di Braun.

Sulla base delle ricerche cliniche praticate e di questo referto radiologico si interviene chirurgicamente.

INTERVENTO: (4+9 1937)

Ore 10 e 40. Preanestesia con due centimetri cubi di preanest endovena.

Anestesia locale per infiltrazione con pressocaina.

Incisione xifoombellicale mediana con escissione della vecchia cicatrice.

Elettro coagulazione dei vasi delle pareti. Apertura del peritoneo con resezione di numerose aderenze parietali. Estratti i visceri ed isolato il tratto gastro-intestinale della anastomosi, si nota la presenza di una larga comunicazione fra stomaco digiuno e colon trasverso.

Si resega l'epiploon gastrocolico.

Si procede quindi alla preparazione e la sezione del duodeno secondo la tecnica Donati. Indi con cautela viene disinserito il mesocolon prestando attenzione a non ferire l'arcata colica. Si procede quindi alla preparazione dell'ansa digiunale afferente ed efferente.

rente e alla loro sezione, in modo da lasciare insieme alla bocca anastomotica un tratto dell'una e dell'altra.

Si ricostruisce il lume intestinale disgiunto con anastomosi termino-terminale.

Resta ora la massa formata dalla bocca anastomotica perforatasi nel colon trasverso.

Si seziona il colon a destra e a sinistra della zona perforata, in modo che la parete di colon alterata rimanga col pezzo da asportare; si ricostruisce la continuità del colon per mezzo dell'anastomosi termino-terminale. Resezione alta dello stomaco ed anastomosi gastro digiunale trasmenialica termino-laterale. Sutura in duplice strato secondo donati.

Chiusura della breccia meso-colica.

Si ripongono i visceri e si richiude la parete in punti staccati in catgut. La cute viene suturata con lino e agrafo previo drenaggio della parete con garza e lubo di gomma. Ore 11 e 50.

CONSIDERAZIONI

Il caso descritto di fistola gastro-colica, affezione estremamente rara sino a qualche anno fa, rappresenta oggi una non rara complicanza che fa seguito agli interventi di gastroenterostomia transmesocolica per ulcera.

Non è infrequente che in causa della retrazione infiammatoria del suo meso il colon faccia ernia e finisca per aderire alla bocca anastomotica.

Queste le considerazioni più adatte a determinare l'istituzione di una diretta comunicazione tra i due segmenti intestinali.

Le recidive ulcerose prediligono in particolar modo il neostoma e qui o sull'ansa digiunale anastomizzata si ha la formazione della cosiddetta ulcera peptica o digiunale.

Questa dolorosa complicazione della gastroenterostomia è purtroppo frequente. Quando l'ulcera ha tendenza ad approfondirsi, se il colon aderisce o addirittura tampona la imminente perforazione, facilmente la parete del colon segue il destino del tratto gastrico cui aderisce. Anche qui si istituisce un processo erosivo e si forma il tramite fistoloso.

Nel caso nostro si trattava di un tramite grastro-digiuno-colico e la fistola era pervia in un solo senso ossia dallo stomaco al colon: (fistola a valvola). Ma altri tipi di fistola si possono stabilire.

Potremo così avere la formazione di un tramite fistoloso che dallo stomaco va al colon in mezzo ad un groviglio di aderenze che avvolgono e costringono meso-colon, anse digiunali, omento.

La fistola può anche essere solamente digiuno-colica o duodeno-colica.

Queste fistole non sono sempre un esito di pregresso intervento di gastroenterostomia: ulcerazioni di natura specifica, tubercolare o leutica, ulcerazioni di natura chimica per ingestione di caustici ed anche ulcerazioni differiche e blenorragiche possono esistere, sebbene rarissime. Ed è anche possibile una fistola gastro-colica spontanea in seguito ad ulcera rotonda dello stomaco specialmente a carico della grande curvatura e parete posteriore.

Nel caso nostro erano chiari i segni attraverso cui si arrivò ad una diagnosi di probabilità sia attraverso il criterio anamnesticco del pregresso intervento, sia per i segni di stato che ci indicavano la presenza di un'ulcera peptica e sia anche attraverso la conferma radiologica. Tuttavia trovo necessaria la discussione dei differenti sintomi riscontrati nel nostro paziente, per i quali dopo l'esame radiologico siamo arrivati al tavolo operatorio.

Questo ammalato era in condizioni generali discrete: la possibilità per

gli ammalati di mantenersi per qualche tempo in buone condizioni dipende dal fatto che il chimo acido dallo stomaco si versò ancora nell'intestino tenue e non segua che in piccola parte la nuova via del colon, cosa che succede quando la fistola è ampia e specialmente quando questa è localizzata in uno dei punti più declivi dello stomaco.

Per quanto concerne la storia, che è quella di un ulceroso classico, l'insorgenza di disturbi gastrici due anni dopo l'intervento e precisamente il senso di peso epigastrico e l'intenso dolore insorgente dopo i pasti rendevano evidente la presenza di un'ulcera peptica, che fu poi confermata radiologicamente. Il paziente raccontava di aver vomitato una sola volta. Altra volta questo avvenne durante la degenza: il vomito aveva un odore fecaloide e fu preceduto da senso di nausea e, ciò che più importa per la diagnosi differenziale, non fu preceduto da vomito biliare.

Un altro segno importante era l'alito nettamente fecaloide ma non costante e senza eruttazione; altro sintomo importantissimo era la diarrea, la quale però non aveva notevole entità e non era frequente. Il materiale eliminato era però fortemente acido, ricco di pepsina e conteneva abbondanti residui alimentari indigeriti. Importanti erano anche il tenesmo, ed i dolori all'ano.

L'insieme di questi sintomi, a prescindere dalle prove esperite, quali quella dell'introduzione di sostanze di prova coloranti assolutamente decisive per la diagnosi, ci porta a qualche considerazione.

Anzitutto l'alito fecaloide ed il vomito accompagnato da nausea indicano un reflusso del contenuto colico nello stomaco.

Certamente nel nostro caso non si poteva trattare di comunicazione ampia ed il fatto poi che il vomito era raro e che l'odore fecaloide non era costante, poteva far pensare al fatto che la fistola fosse aperta e funzionasse specialmente nel senso dallo stomaco verso il colon.

La diarrea con il suo contenuto di pepsina e con il suo contenuto acido, oltre ai residui indigeriti è un indice del diretto passaggio del contenuto gastrico nel colon. Altro segno importante era dato dal tenesmo e dai dolori anali che ci indicavano un'azione aggressiva dell'acido cloridrico sulle mucose del colon e del retto. L'ammalato non aveva edemi: cosiddetti edemi da fame, che sono caratteristici nel periodo avanzato di questa affezione. Aveva però la lingua arida, indice di un certo grado di disidratazione. Dal punto di vista della diagnosi differenziale, a prescindere dalle prove da noi esperite, come già detto, con un pasto di prova contenente carbone e con un clisma con blu di metilene, non era nemmeno da discutere la diagnosi di occlusione, poichè il vomito fecaloide non si accompagnava a chiusura dell'alvo. Si poteva poi senz'altro escludere la forma neoplastica non tanto in quantochè mancava il dimagrimento, ma perchè non esisteva una massa intestinale e per i caratteri radiologici. Era facile escludere peritonite, sia acuta che cronica e anche la paencreatite e la colite, per la differenza sostanziale sia nel quadro sintomatologico, sia nel decorso della malattia.

Il tenesmo, la diarrea e le ulcerazioni anali, potevano indurre il sospetto di una forma a carico dell'ultimo tratto intestinale, ma stavano contro questa diagnosi l'alito e il vomito fecaloide. Dal punto di vista prognostico è chiaro che sia nel nostro caso, come in qualunque caso di fistola gastro-intestinale, la prognosi è assolutamente infausta con le cure mediche. Queste si limitano

alla disintossicazione dell'ammalato con lavature dello stomaco a cui si può aggiungere la somministrazione di cardiotonici, l'uso di ipodermoclisi e fleboclisi clorurate per combattere la disidratazione e la decolorazione dell'organismo.

L'intervento è quindi indispensabile e deve essere precoce, in quantochè anche quando nel nostro caso l'ammalato si presenta in buone condizioni generali, il tracollo può essere rapido e le condizioni dell'ammalato tali da non consentire l'intervento. La mortalità infatti per interventi di questo genere è altissima, anche perchè l'intervento è molto spesso complesso.

Il limitarsi al distacco dei differenti tratti intestinali e alla sutura dei punti perforati, intervento sarebbe tutt'al più palliativo, è illogico, perchè in questo modo la recidiva dell'ulcera sarebbe, a breve scadenza, fatale, con nuove e gravi complicanze. Tuttavia in un altro caso da lui operato nel '34 il Maestro eseguì invece un intervento eminentemente conservatore in cui senza eseguire le multiple resezioni dei differenti tratti intestinali, date le precarie condizioni del paziente e lasciando la precedente gastro digiuno anastomosi che era in buono stato, raggiunse ugualmente il successo. L'intervento radicale però, era il solo che, nel nostro caso, potesse dare adito al successo.

L'intervento eseguito da Donati è stato veramente interessante; indaginata la lisi di tutte le numerose aderenze. Difficile perciò anche l'isolamento dei visceri. Nel primo tempo è stato sezionato il primo tratto del duodeno che è stato affondato con la tecnica del Maestro. Si è poi isolato il primo tratto di ansa digiunale, con la pregressa anastomosi, e, sezionate le due anse, afferente ed efferente, a conveniente distanza, il lume digiunale è stato ricostruito mediante una anastomosi termino-terminale; è stato reseccato poi il tratto di colon comprendente la fistola lasciandolo aderente al blocco gastrodigiunale ed anche qui i due monconi sono stati anastomizzati termino-terminalmente. Si è resa così possibile procedere ad un'ampia ed alta resezione dello stomaco al di sopra della vecchia anastomosi mettendo così il paziente al sicuro dall'insorgenza di un nuovo fatto ulcerativo. L'anastomosi gastrodigiunale termino laterale transmesocolica posteriore ha completato l'intervento.

L'ammalato è attualmente in ottime condizioni, dopo un decorso operatorio ottimo.

Ciò dimostra che se si interviene precocemente e se vi è senso di orientamento e ottima tecnica nel chirurgo, si possono ottenere ottimi risultati nella cura di questa grave affezione.

RIASSUNTO.

Radicale intervento chirurgico per fistola gastro-digiuno-colica. Guarigione. E uno dei rari casi complessi che fa seguito ad interventi di gastroenterostomia transmesocolica per ulcera. Sul neostoma si forma un'ulcera peptica che penetrando attraverso la bocca anastomotica perfora il colon erniato e aderente alla stessa formando un tramite fistoloso gastrodigiunocolico con sindrome dolorifica, rigurgito del colon, alito fecaloide, ecc. L'intervento ampio e rapido col metodo Donati ha assicurato anche in altri casi un brillante successo.



"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da Guido Baccelli e Francesco Durante

diretto dai proff. CESARE FRUGONI e ROBERTO ALESSANDRI

Collaboratori: Clinici, Professori e Dottori Italiani e stranieri

Si pubblica a ROMA in tre sezioni distinte:

Medica - Chirurgica - Pratica

IL POLICLINICO

nella sua parte originale (Archivi) pubblica i lavori dei più distinti clinici e cultori delle scienze mediche, riccamente illustrati, sicchè i lettori vi troveranno il riflesso di tutta l'attività italiana nel campo della medicina, della chirurgia e dell'igiene.

LA SEZIONE PRATICA

che per sè stessa costituisce un periodico completo, contiene lavori originali d'indole pratica, note di medicina scientifica, note preventive, e tiene i lettori al corrente di tutto il movimento delle discipline mediche in Italia e all'estero. Pubblica accurate riviste in ogni ramo delle discipline suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono redatte da studiosi specializzati.

Non trascura di tenere informati i lettori sulle scoperte ed applicazioni nuove, sui rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, sui nuovi strumenti, ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formule.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici.

Contiene accurate recensioni dei libri editi recentemente in Italia e fuori. Fa posto alla legislazione e alla politica sanitaria e alle disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, nonché ad una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Prospetta i problemi d'interesse corporativistico e professionale e tutela efficacemente la classe medica.

Reca tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Cronaca varia, dell'Italia e dell'Estero.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgono al « Policlino » per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica rubriche speciali e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli vengono richieste.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO

per gli importanti lavori originali, per le copie e svariato riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia più completi e meglio rispondenti alle esigenze dei tempi moderni.

PREZZI DI ABBONAMENTO ANNUO		Italia	Estero	
Singoli:				
1) Alla sola sezione pratica (settimanale)	L. 70	-	L. 115	Il Policlino si pubblica sei volte il mese. La Sezione medica e la Sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 48-64 pagine ed oltre, che in fine d'anno formano due distinti volumi. La Sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32-36-48 pagine, oltre la copertina.
1-a) Alla sola sezione medica (mensile)	» 55	-	» 65	
1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	» 55	-	» 65	
Cumulativi:				
2) Alle due sezioni (pratica e medica)	» 110	-	» 165	
3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica)	» 110	-	» 165	
4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica)	» 140	-	» 195	
Un numero della sezione medica e chirurgica L. 6, della pratica L. 4				

— Gli abbonamenti hanno unica decorrenza dal 1° di gennaio di ogni anno —

L'abbonamento non disdette prima del 1° Dicembre, si intende confermato per l'anno successivo

Indirizzare Vaglia postale, Chèques e Vaglia Bancari all'editore del "Policlinico", LUIGI POZZI

Uffici di Redazione e Amministrazione: Via Salaria, 14 — Roma (Telefono 43-300)