

9
17 /
28-2-39.XVII
PROF. DOTT. GIORGIO PETTA

CHIRURGO PRIMARIO

RELAZIONE

SUL SERVIZIO CHIRURGICO
DELL'OSPEDALE DI FELTRE

NELL'ANNO 1938 - XVI-XVII



81
3
49

FELTRE

PREM. STAB. GRAFICO « P. CASTALDI »

1939-XVII

PROF. DOTT. GIORGIO PETTA

CHIRURGO PRIMARIO

RELAZIONE
SUL SERVIZIO CHIRURGICO
DELL'OSPEDALE DI FELTRE
NELL'ANNO 1938 - XVI-XVII



FELTRE
PREM. STAB. GRAFICO « P. CANTALDI »
1939-XVII

Il Reparto Chirurgia, nel 1938, ha avuto questo movimento di ammalati :

	esistenti al 1° gennaio 1938		39
	entrati		917
dimessi	usciti		871
908	morti (compresi quelli giunti morti o morenti)		37
	rimasti al 1° gennaio 1939		50
	giornate di presenza		22.258
	degenza media, riferita ai malati dimessi, giorni		24,5

La degenza media è bassa, sebbene appesantita dai malati a lunga degenza non dimissibili, sempre presenti in un Reparto di chirurgia. La degenza media s'è potuta frenare in questi limiti, limitando la permanenza nel Reparto al tempo necessario, senza eccezioni, anche per non aggravare le spese di ospedalità a carico dei Comuni o di altri Enti.

Dei malati curati nel Reparto, 440 sono di Feltre (centro urbano e frazioni).

I malati degli altri Comuni, pressochè tutti inviati dai rispettivi Medici Condotti, hanno la seguente provenienza: Agordo 1 (-, -, 1). - Alano Fener 6 (2, 1, 3). - Arsìè 38 (-, 26, 12). - Canale S. Bovo 5 (-, 1, 4). - Cencenighe 1 (-, -, 1). - Conegliano 1 (1, -, -). - Cervia (Ravenna) 1 (-, -, 1). - Cesiomaggiore 69 (3, 46, 20). - Castellavazzo 1 (-, 1, -). - Cismon 1 (-, -, 1). - Faenza 1 (-, -, 1). - Farra d'Alpago 1 (-, -, 1). - Fiera di Primiero 27 (6, 9, 12). -

Firenze 1 (1, -, -). - Fonzaso 52 (5, 28, 19). - Lamon 39 (2, 25, 12). - Lentiai 21 (6, 12, 3). - Longarone 12 (-, -, 12). - Mel 22 (3, 15, 4). - Mezzano-Imer 9 (1, 7, 1). - Milano 1 (-, 1, -). - Mogliano 1 (-, -, 1). - Moriago 1 (-, -, 1). - Padova 2 (1, -, 1). - Pedavena 36 (3, 14, 19). - Quero 13 (-, 5, 8). - Rocca Pietore 1 (-, -, 1). - Savona 1 (-, -, 1). - S. Giustina Bellunese 16 (1, 10, 5). - S. Pietro Isonzo 1 (-, -, 1). - S. Remo 1 (-, -, 1). - S. Stefano Cadore 1 (-, -, 1). - S. Tomaso 1 (-, -, 1). - Sedico Bribano 2 (1, -, 1). - Seren del Grappa 47 (2, 30, 15). - Sospirolo 1 (-, 1, -). - Sovramonte 17 (-, 9, 8). - Tignes d'Alpago 1 (-, 1, -). - Treviso 2 (-, 1, 1). - Trieste 1 (-, -, 1). - Udine 1 (-, 1, -). - Vallada 1 (-, -, 1). - Vicenza 2 (-, 2, -). - Venezia 4 (-, 2, 2). - Verona 1 (-, -, 1).

Le forniture della Farmacia dell'Ospedale furono contenute nella somma di L. 43,939,95, cifra che corrisponde a L. 1,97 per giornata-presenza. I prezzi delle materie prime non hanno permesso una spesa minore, ma la differenza in meno è notevole rispetto al costo registrato in Ospedali vicini.

Si è curato il rigoroso ricupero del materiale di medicazione, se ne è controllato il giusto consumo, e, per i prodotti chimici e farmaceutici, si è valorizzata la Farmacia dell'Ospedale, che, così com'è attrezzata, e con due Farmacisti, è in grado di fornire tutte le preparazioni sterili, o comuni, di cui si ha bisogno. Nessun inconveniente si è dovuto lamentare, mentre la speditezza del servizio e l'economia sono state notevoli.

L'armamentario vero e proprio, non ha richiesto nuovi acquisti. Le spese riguardano la manutenzione e la sostituzione normale degli strumenti in uso. - Si è curata la costruzione, nelle Officine Francescon di Feltre, di due letti speciali per fratturati; il meccanico G. Bertoldin, dell'Ospedale, ha inoltre costruito un mio apparato per grandi apparecchi gessati che, per l'aggiunta di due supporti mobili, e per la riunione delle particolarità costruttive degli apparati di Schaeede, di Lorenz, di Putti e di Heitz-Boyer, risponde perfettamente allo scopo,

evitando ingombri e complesse manovre. Ma quello che, oggi, ha posto veramente in prima linea il Reparto Chirurgico di Feltre è l'attrezzamento della Camera operatoria, dei servizi annessi, della camera per i gessi, delle due camerette di medicazione e della Sala da parto.

La zona Feltrina e di Primiero ha risposto mandando i suoi malati, con fiducia sempre maggiore nel Reparto, mentre un buon numero di malati sono venuti da località abitualmente non servite dal nostro Ospedale.

I casi del 1938 vanno così raggruppati :

Capo	87
Collo	20
Torace, bacino, colonna vertebrale	47
Rene, apparato urogenitale maschile	48
Arto superiore	87
Arto inferiore	129
Addome (ginecologia esclusa)	341
Ginecologia	65
Ostetricia	162
Ano e retto	10
Malattie varie	12
Le anestemie furono complessivamente	399

CAPO : casi 87.

Esiti recenti di intervento chirurgico per lesione dell'arteria meningea media D 1: in osservazione. — Ferite lacerocontuse varie del capo 13. — Scottature I-II-III grado 2. — Favo regione occipitale 1. — Frattura delle ossa nasali 2. — Frattura osso frontale D 1. — Frattura osso parietale D 1 con ematoma: aspirazione, fasciatura. — Fratture varie della base cranica 6 (4 morti, di cui 1 giunto cadavere). — Comozione cerebrale per contusione grave del capo 3. — Ematoma del labbro superiore 1 (incisione). — Anchilosi fibrosa articolazione temporo-

mascellare D 1: etere, mobilizzazione dell'anchilosi. — Epulide mascellare superiore S; tubercolosi delle ghiandole cervicali S: asportazione dell'epulide e delle ghiandole 1. — Osteoperiostite suppurata mascellare inferiore S 1, flemmone del collo 1: incisioni e sbrigliamenti multipli. — Frattura III molare inferiore S 1. — Ritenzione del dente del giudizio inf. D 1: a locale, isolamento con la sgorbia, asportazione. — Neo in degenerazione epateliomatosa del viso 1: asportazione. — Cancroide della guancia 2: 1 asportazione; 1 inoperabile, morto per malattia intercorrente. — Cancroide del solco naso genieno 1: 1 asportazione. — Corno cutaneo guancia D 1: asportazione. — Cancroide reg. parietale S 1: asportazione. — Epitelioma ulcerato padiglione dell'orecchio D 1: asportazione. — Eresipela del capo 1. — Piodermiti della nuca con piccoli ascessi 1: incisione, medicature. — Ulcera corneale S 1. — Trauma dell'occhio D 2. — Panoftalmite D 1. — Congiuntivite acuta 1. — Dacriocistite 1. — Polipi nasali 4: 3 asportazioni. — Ipertrofia dei cornetti: 1 resezione. — Otite cronica media 7: medicature. — Mastoidite suppurata 4: 1 antrotomia, 3 antro-attico-tomie con svuotamento delle cellule mastoidee. — Ascesso retroauricolare 3: incisione. — Ipertrofia tonsillare, vegetazioni adenoidi 9: asportazioni delle tonsille e delle vegetazioni adenoidi. — Tonsillite ipertrofica 4: tonsillectomia. — Ascesso tonsillare 3: incisione.

COLLO: casi 20.

Flemmone diffuso del collo 3: incisione. — Ascesso sottomandibolare 2: incisione. — Favo del collo 1. — Adeniti cervicali 8: 6 incisione; 2 in osservazione. — Epitelioma recidivo inoperabile delle ghiandole cervicali 1: morte per malattia intercorrente. — Epitelioma della parotide D 1: vuotamento della loggia parotidea D. — Gozzo parenchimatoso della tiroide 2: asportazione. — Gozzo degenerato della tiroide 1: si rinuncia all'asportazione dopo esplorazione dei rapporti profondi. — **Deficienza plurighiandolare 1: in una ragazza di 26 anni, a sviluppo deficiente, si trapiantano dei frammenti di ghiandole**

dola tiroide nella guaina tiroidea: guarigione per primam. Si sorveglierà in seguito la paziente per controllare gli esiti di questa nuova operazione proposta da Voronoff.

TORACE - BACINO - COLONNA VERTEBRALE: casi 47.

Ferita penetrante IV spazio intercostale D sull'ascellare anteriore 1: medicature. — Fratture costali varie 6. — Fratture costali multiple della scapola D del radio S $\frac{1}{3}$ medio 1. — Fratture costali multiple, comminuta del femore S $\frac{1}{3}$ inf. 1, esposta della tibia D $\frac{1}{3}$ inf. 1. — Contusioni del torace 2. — Contusioni della colonna dorso-lombare 1. — Scottature del tronco 2. — Scoliosi rachitica 2. — Morbo di Pott dorso-lombare 3. — Tubercolosi condrocostale multipla 1: cura cruenta. — Degenerazione lipomatosa della borsa sottoscapolare D 1: asportazione del lipoma. — Mastite bilaterale acuta 1: incisione. — Mastite acuta 4: incisione. — Eptelioma della mammella con metastasi ascellari 5: 4 asportazione larga coi muscoli pettorali e il vuotamento del cavo ascellare; plastica per scorrimento. — Metastasi epiteliomatosa dell'ascella S 1: nuovo vuotamento del cavo ascellare. — Tubercolosi polmonare 8 (malati del Padiglione Ospedaliero Gaggia per malati di petto): resezione del nervo frenico al collo, del lato più indicato. — Empiema pleurico metapneumonico 2: 2 resezioni costali, con vuotamento e drenaggio: (1 morto per amiloidosi e cachessia). — Piopneumotorace consecutivo a pneumotorace artificiale 2: resezione costale, vuotamento, drenaggio; 1 morto per amiloidosi e cachessia. — Frattura della branca S del pube 1 e fratture costali multiple. — Frattura della branca ascendente S del pube 1. — Frattura dell'ileo S 1.

RENE - APPARATO URO-GENITALE MASCHILE: casi 48.

Sindrome renale acuta 2. — Tubercolosi e calcolosi renale D 2: rifiuta l'intervento. — Insufficienza renale acuta in soggetto prostatico con ritenzione cronica di urina 1: catetere a permanenza. (morte). —

Ipernefroma del rene S 1, ematuria: nefrectomia. — Pionefrosi tuberculare S 1: taglio obliquo S di Guyon, nefrectomia e ureterectomia, zaffamento: morte dopo 2 mesi per amiloidosi. — Pionefrosi D 1, anuria: morte (inoperabile). — Pionefrosi S 1: nefrostomia seguita da nefrectomia dopo tre mesi. — Tubercolosi del dotto peritoneo-vaginale D 1: asportazione del condotto, escissione ed eversione della vaginale del testicolo D. — Epitelioma del testicolo D, epitelioma del labbro inferiore 1: asportazione del testicolo e di tutto il deferente; asportazione e plastica del labbro inferiore. — Tubercolosi del testicolo S 1: asportazione del testicolo e del deferente. — Orchiepididimite D traumatica 1. — Varicocele 2: cura radicale. — Idrocele 3: 2 cura radicale. — Iperτροφία prostatica, ritenzione cronica di urina 15: 8 non operati, di cui 6 escono migliorati, 2, non operabili, muoiono d'insufficienza renale; 3 sono ricoverati dopo cistotomia, di questi 1 muore dopo la prostatectomia, 2 escono migliorati; 3 sono operati di prostatectomia in 2 tempi; 1 è operato di prostatectomia in un tempo solo. — Fimosi 2: plastica sec. Campana. — Parafimosi 1: sbrigliamento e plastica sec. Campana. — Blenorragia acuta 4. — Blenorragia cronica, cistite: 1. — Stenosi uretrale, 1: calibrazione dell'uretra. — Blenorragia acuta, epididimite acuta: 1.

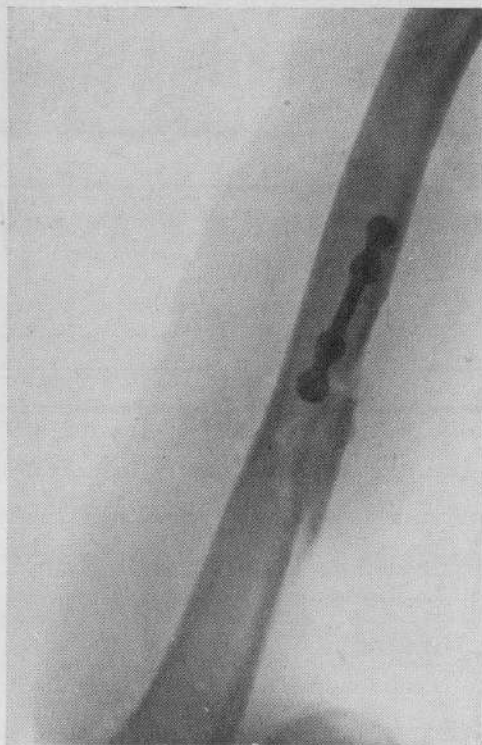
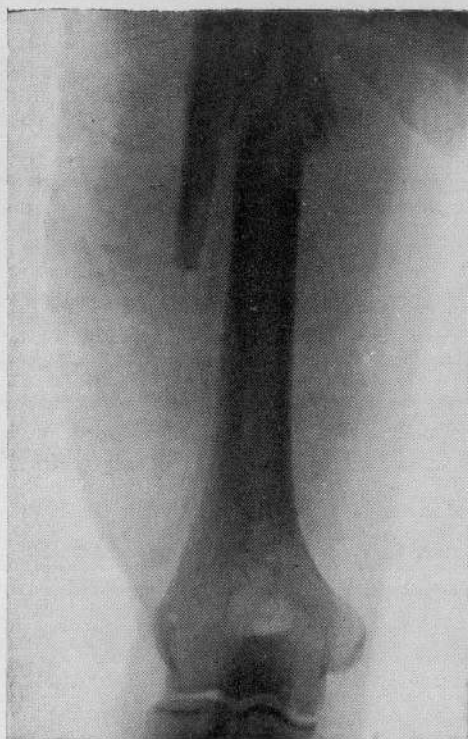
ARTO SUPERIORE: casi 87.

Paresi antica del plesso brachiale D 1: in osservazione. — Frattura della scapola S, (acromion e cavità glenoide); ferita lacera del padiglione dell'orecchio D 1. — Fratture varie della clavicola 5: 1 cura incruenta, 4 osteosintesi cruenta. — Contusione della spalla D 1.

Lussazione antica irriducibile della spalla S 1: riposizione cruenta con taglio deltoideo-pettorale, sezione temporanea dell'apofisi caracoide e del tendine del sottoscapolare, artrotomia all'interno del tendine lungo del bicipite, riduzione e ricostruzione totale: risultato anatomico e funzionale ottimo.

Adeniti suppurate dell'ascella di varia gravità, 3: incisione. — Frattura dell'omero $\frac{1}{3}$ superiore 2. — Frattura dell'omero al $\frac{1}{3}$ medio 2: 1 vecchio di 80 anni muore di broncopolmonite ipostatica.

Frattura esposta dell'omero D all'unione del $\frac{1}{3}$ superiore col $\frac{1}{3}$ medio 1: riduzione cruenta con taglio esterno longitudinale, escissione dei margini della ferita, osteosintesi con placca di Lane



a 4 viti, zaffamento che si ritira dopo qualche giorno. Guarigione chirurgica, senza apparecchio gessato, in 30 giorni. Oggi la funzione e la validità dell'arto sono perfette.

Distacco dell'epifisi inf. omero S in consolidazione viziosa 1: rifiuta l'intervento. — Flemmone diffuso del braccio 3: incisioni multiple, Dackin. — Ascessi ossifluenti del braccio S, dell'avambraccio S (fistolizzato) e della coscia S 1; asportazione degli ascessi freddi con le loro pareti: sutura. — Ulcerazione torpida del braccio 1: cura in-

cruenta. — Lussazione dell'epifisi superiore del radio D 1 (braccio girato dei bambini); riduzione. — Postumi di lussazione del gomito S 3: 2 rifiutano l'intervento cruento; 1 riduzione cruenta con taglio di Park. — Esiti di lussazione del gomito S con frattura dell'olecrano 1: cura incruenta. — Lussazione del gomito S, commozione viscerale, ferite escoriate multiple 1: riduzione della lussazione; riposo a letto. — Frattura della base dell'olecrano S 1: osteosintesi metallica.

Frattura esposta dell'olecrano sinistro con infezione in atto dell'articolazione 1: detersione, osteosintesi metallica dell'olecrano con punto d'argento, ampia artrotomia e drenaggio ai due lati del tendine del tricipite, lunghe incisioni multiple di sbrigliamento nel $\frac{1}{3}$ superiore dell'avambraccio; medicazione al Dackin. Guarigione chirurgica in 40 giorni; oggi la funzione dell'articolazione è pressochè normale.

Frattura ulna S $\frac{1}{3}$ medio 1. — Frattura esposta infetta, con grossa scheggia metallica (di canna di fucile), dell'ulna S al $\frac{1}{3}$ medio 1: detersione, ricerca e asportazione della scheggia metallica, medicatura al Dackin. — Frattura irriducibile ulna S $\frac{1}{3}$ inferiore 1: riduzione cruenta e fissazione in catgut cronico. — Frattura male consolidata, comminutiva dell'epifisi inferiore del radio D 1: incisione dorsale longitudinale, riposizione cruenta con resezione parziale dell'epifisi inferiore del radio. — Fratture varie del radio 2: gesso. — Frattura completa avambraccio $\frac{1}{3}$ inferiore 1: gesso.

Frattura irriducibile radio e ulna al $\frac{1}{3}$ inferiore 1: taglio dorsale di 3 cm., asportazione dell'epifisi ulnare staccata e lussata dorsalmente; taglio dorsale e riposizione dell'epifisi radiale. Guarigione e funzione ottima.

Distacco epifisi inferiore radio S e infrazione a legno verde dell'una al $\frac{1}{3}$ inferiore 1: riduzione cruenta, apparecchio di Roser. — Frattura di Colles 8: apparecchi di Hennequin o di Roser. — Contusione del polso S 1. — Ago nella reg. anter. polso S 1: asportazione. — Flemmone diffuso dell'arto superiore D con partenza dal pollice D (patereccio) 1: larghe incisioni e scollamenti multipli; medicature al Dackin. — Foruncolo avambraccio D con infiltrazione flemmonosa 1: incisione, Dackin. — Flemmone diffuso dell'avambraccio 2: incisioni

multiple, Dackin. — Ferita infetta reg. gomito D 1: incisione, Dackin. — Ferita infetta avambraccio S 1: Dackin. — Erisipela arto superiore S 1. — Artrite traumatica polso S 1. — Infezione moncone di amputazione del polso D 1: sbrigliamento, Dackin. — Ferita infetta mano S 1: detersione, Dackin. — Flemmone diffuso della mano 6: incisione Dackin. — Paterecci vari 5: disarticolazione III falange e incisioni longitudinali; 2 incisioni longitudinali; medicature al Dackin. — Foruncolo III dito mano S 1: cura incruenta. — Lesioni scheletriche traumatiche varie delle dita delle mani 11: regolarizzazione dei monconi, medicature al Dackin. — Lesioni varie dei tendini della mano 3: 3 tenorrafie; in 1 caso si deve allacciare l'arteria radiale recisa al polso.

Tenosinovite cronica del polso D 1; asportazione delle guaine sinoviali anteriori del polso.

ARTO INFERIORE: casi 129.

Corpo estraneo nella regione glutea D 1: asportazione. — Ampia ferita lacero-contusa reg. inguinale S 1. — Contusione della reg. dell'anca 2. — Artrite traumatica dell'anca 1. — Artrite traumatica dell'anca e del ginocchio S 1. — Lussazione congenita bilaterale dell'anca 1: riduzione cruenta a D con taglio di Langenbek. — Lussazione ischintica dell'anca S 1: riduzione in narcosi, apparecchio a trazione. — Lussazione iliaca dell'anca D 1: riduzione in narcosi, apparecchio a trazione. — Coxite tubercolare 5: cura incruenta. — Flebite arto inferiore D 1. — Varici agli arti inferiori 2: asportazione delle vene grandi safene e delle varici più grosse. — Ulceri varicose agli arti inferiori 3: cura incruenta. — Piaghe torpide al piede S 1: cura incruenta. — Ulcera perforante 4° dito piede D 1: disarticolazione del dito. — Cancrena senile del piede S 2: trattasi di uno stesso malato: prima rifiuta l'intervento ed esce dall'ospedale, a richiesta. Rientra dopo 15 giorni: amputazione della gamba S al $\frac{1}{3}$ inferiore, seguita dopo 20 giorni da amputazione della coscia S al $\frac{1}{3}$ medio. Guarito. — Aterosclerosi arteriosa del piede S 1: impacchi d'alcool a 60°; esce migliorato. — Flemmoni di varia estensione e gravità degli arti inferiori 1: incisioni e scollamenti; Dackin. — Ascesso della regione glutea 2: inci-

sione. - Ascesso della coscia 2: incisione. - Adenite inguinale 4: 3 incisioni, 1 asportazione del pacco ghiandolare. - Ferite lacero-contuse di varia gravità 4. - Scottature dell'arto inferiore 2: calore secco e trattamento tannico. - Artrite acuta ginocchio S 1. - Contusione del ginocchio S 1. - Artriti traumatiche del ginocchio, di cui una con ferita lacera dei tegumenti 2. - Tubercolosi chiusa del ginocchio 1: cura incruenta. - Tubercolosi del ginocchio S con infezione secondaria 1: amputazione della coscia al $\frac{1}{3}$ medio, a due lembi. - Artrite cronica fistolizzata del ginocchio, in vecchio arteriosclerotico con due ernie inguinali: 1. - Borsite prerotulea suppurata 4: asportazione della borsa e zaffamento. - Piaga torpida reg. prerotulea 1: asportazione della piaga e sutura. - Contusioni di varia gravità con artriti reattive del piede 5. - Ematoma suppurato della regione malleolare 2: incisione. - Osteomielite acuta femore S $\frac{1}{3}$ inferiore 1: taglio longitudinale esterno, apertura della diafisi per il $\frac{1}{3}$ inferiore, detersione, zaffamento. - Osteomielite acuta della tibia 6: ampia apertura anteriore di tutta la diafisi, detersione, zaffamento: 3 morti in 24 ore per la virulenza dell'infezione. - Osteomielite cronica della tibia 2: ampia apertura anteriore del canale midollare, detersione, zaffamento. - Antico sequestro fistolizzato del femore al $\frac{1}{3}$ inferiore, contrattura del ginocchio in flessione 1: asportazione del tramite fistoloso e del sequestro; estensione forzata del ginocchio; apparecchio a trazione, medicature. - Sarcoma femore D $\frac{1}{3}$ inferiore 1: amputazione alta della coscia a lembo ovalare. - Neuroma della coscia D, lato interno 1: asportazione. - Esostosi tibia D $\frac{1}{3}$ infer. 1: rifiuta l'intervento. - Frattura del collo del femore 4: apparecchio a trazione. - Frattura comminuta della diafisi femorale 4: riduzioni incruente, gesso. - Frattura del femore al $\frac{1}{3}$ medio 7: riduzione cruenta con osteosintesi metallica 1; cura incruenta 6. - Frattura del femore al $\frac{1}{3}$ inferiore 1: riduzione, gesso. - Infrazione del grande trocantere S 1: apparecchio a trazione. - Infrazione del piccolo trocantere D 1: apparecchio a trazione. - Frattura della rotula D in soggetto di 70 anni con ernia inguinale D, ernia inguinale e idrocele S 1: cerchiaggio e sutura periosteale della rotula; cura radicale delle due ernie sec. Bassini e cura radicale dell'idrocele S. - Frattura comminuta della rotula S 1: riduzione, cerchiaggio e sutura periosteale della rotula. - Frattura comminuta

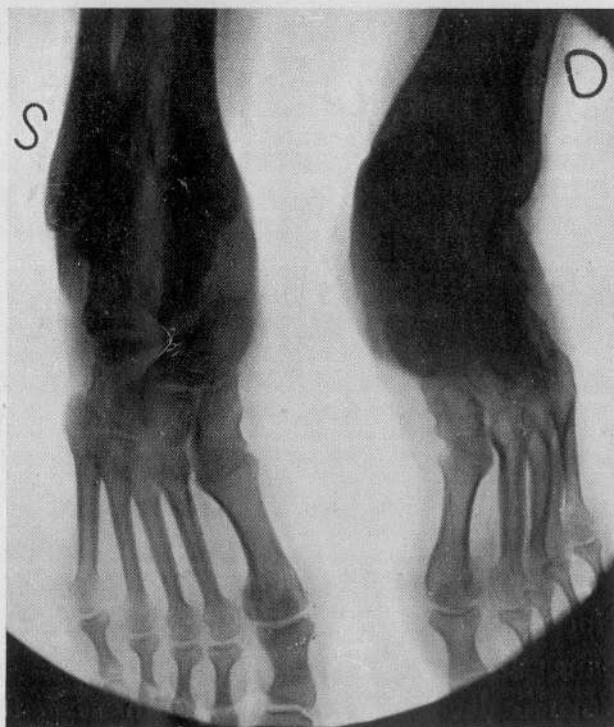
della gamba D $\frac{1}{3}$ medio 1. - Frattura completa della gamba al $\frac{1}{3}$ medio 3. - Frattura del perone D al $\frac{1}{3}$ superiore e della tibia al $\frac{1}{3}$ inferiore 1. - Esiti di frattura del perone S al $\frac{1}{3}$ superiore 1. - **Frattura completa esposta della gamba al $\frac{1}{3}$ inferiore 2: 1 riduzione incruenta dopo detersione esterna della ferita e bendaggio sterile; 1 riduzione cruenta con osteosintesi metallica.**

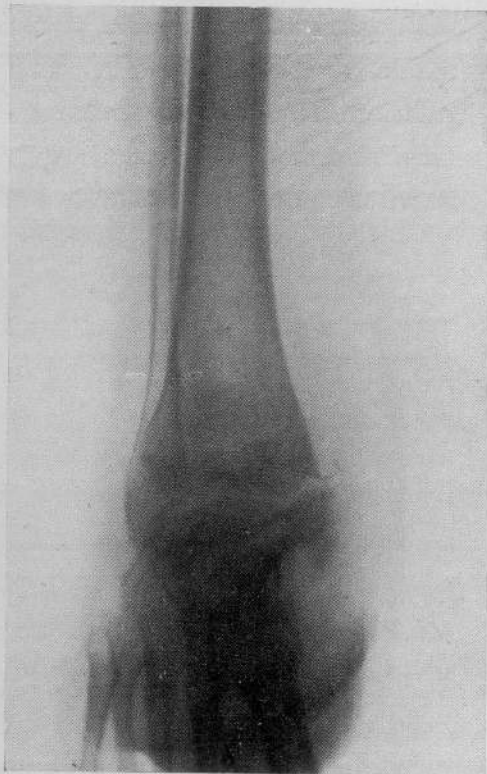
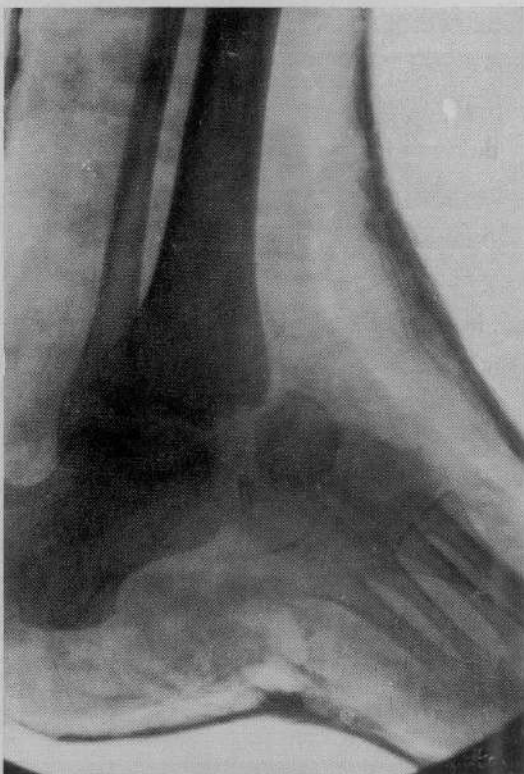
Frattura della tibia al $\frac{1}{3}$ inferiore 2: riduzione.

Frattura esposta della tibia al $\frac{1}{3}$ inferiore 1: detersione e bendaggio sterile, riduzione incruenta.

Frattura completa della gamba al $\frac{1}{3}$ inferiore 4: riduzione incruenta. - Frattura completa gamba D $\frac{1}{3}$ inferiore, frattura della VII e VIII costa D 1: cura incruenta. - Frattura bimalleolare D di Dupuytren 1: riduzione. - Frattura bimalleolare D con terzo frammento tibiale posteriore di Dertot 1: riduzione. - Frattura del malleolo interno D 1: riduzione. - Frattura del malleolo esterno S 1: riduzione. - Osteite cronica del focolaio di frattura della gamba D al $\frac{1}{3}$ medio 1: medicature. - Piede varo equino congenito bilaterale 1: modellazione per resezione cuneiforme esterna del tarso.

Piede talo valgo paralitico D con torsione della tibia dall'interno all'esterno 1: astragalectomia anteriore secondo Chaput con resezione del malleolo interno e modellazione dell'epifisi tibiale inferiore; risultato ottimo.





Tenorinovite cronica degli estensori dorsali del piede S 1; asportazione delle guaine malate.

Tenotomia del t. di Achille D da colpo di falce 1: deterzione, ricostruzione del tendine, chiusura per primam. - Corpo estraneo profondo nella reg. plantare del piede D 1: ricerca e asportazione; medicature. - Morso di vipera al piede 3: incisione della zona infiltrata, siero, medicature adatte. - Ferita infetta dell'aluca D, tetano conclamato 1: medicature, sieroterapia endorachidea ed endovenosa, cura sintomatica: morte.

ADDOME: casi 241.

Esofago, stomaco e duodeno:

Sindrome addominale 34: in osservazione. - Gastralgia da ingestione di un corpo duro 1. - Stenosi idiopatica del cardias con enorme dilatazione e deviazione dell'esofago in soggetto gastrenteromizzato da 15

anni 1: taglio a squadra, dall'apofisi xifoide, all'ombelico, all'ipochondrio S; il cardias appare di aspetto normale. Da una incisione della parete gastrica anteriore si passa con difficoltà nell'esofago, attraverso al cardias, un tubo di gomma del diametro di cm. 1 e della lunghezza di 15 cm. circa, fissandolo con qualche punto di seta ai labbri della incisione gastrica. Sutura di questa a due strati. Ricostruzione della parete.

La presenza del tubo mantiene la pervietà dell'esofago e ridiventa possibile l'alimentazione. Il tubo resta in sito un mese poi cade nello stomaco ed è eliminato per le vie naturali. Resta definitivamente ripristinata la pervietà del cardias. Oggi l'A. sta bene, è aumentata di 15 kgr. lavora nei campi.

Sindrome gastrica 7: 6 in osservazione, 1 laparotomia esplorativa. - Ptoşi, gastrectasia, sindrome gastrica di stenosi d'origine estrinseca 2: 1 esplorazione mediana con distacco da aderenze fibrose e omentali da pregresso processo di peritonite adesiva; 1 gastrenterostomia posteriore di v. Heckar. - Ulcera della parte più alta della piccola curvatura gastrica 3: 2 gastrenterostomie posteriori di v. Heckar; 1 ampia resezione gastrica con gastrenterostomia anteriore precolica. - Ulcera mediogastrica della piccola curvatura 3: 1 resezione gastrica con gastrenterostomia posteriore transmesocolica (Billroth II); 2 resezioni gastriche con gastrenterostomia anteriore precolica. - Ulcera alta della piccola curvatura e ulcera pilorica 1: resezione gastrica e gastrenterostomia anteriore precolica. - Gastrorragia da ulcera gastrica 3: in osservazione. - Ulcera mediogastrica terebrante, infossata nella superficie inferiore del fegato 1: distacco dello stomaco dal fegato (si nota perforazione a stampo della parete gastrica corrispondente); ampia resezione gastrica, gastrenterostomia anteriore precolica. - Ulcera callosa dell'antro pilorico, parete anteriore 2: 1 resezione gastrica e gastrenterostomia posteriore transmesocolica (Billroth II); 1 resezione gastrica con gastrenterostomia anteriore precolica (morte dopo 8 giorni). - Stenosi cicatriziale del piloro 2: 1 resezione gastrica con gastrenterostomia posteriore (Billroth II) (morte dopo 16 giorni per broncopolmonite); 1 resezione gastrica duodenale ampia con gastrenterostomia anteriore precolica. - Stenosi da ulcera pilorica e gastrenterostomia posteriore poco funzionante 1:

resezione dello stomaco a valle della gastrenterostomia; distacco di estese aderenze viscerali. - Ulcera duodenale in atto 2: 2 resezione gastro-duodenale e gastrenterostomia posteriore transmesocolica (Billroth II): (1 morta con segni di insufficienza epatica al 10° giorno); 1 gastrenterostomia posteriore di v. Heckar. - Ulcera callosa stenosante del duodeno 3: 3 resezione gastroduodenale e gastrenterostomia transmesocolica posteriore (Billroth II). - Ulcera gastrica perforata della parete anteriore dell'antro pilorico 1: resezione gastrica e gastrenterostomia posteriore transmesocolica (Billroth II). - Enterorragia in atto grave, da ulcera duodenale 2: 1 resezione gastro-duodenale con gastrenterostomia anteriore precolica (morte); 1 resezione gastro-duodenale con gastrenterostomia transmesocolica posteriore (Billroth II). - Ulcera duodenale perforata 4: 1 resezione gastroduodenale con gastrenterostomia transmesocolica posteriore (Billroth II); 1 resezione gastroduodenale e gastrenterostomia anteriore precolica (morte); 1 sutura e affondamento della perforazione, chiusura della parete addominale; 1 zaffamento dello spazio sottoepatico D, con esito in fistelizzazione temporanea seguita da guarigione. - Epatelioma dello stomaco 4: 2 esplorazioni semplici (1 morte); 1 gastrenterostomia anteriore precolica (estese aderenze viscerali impediscono la resezione); 1 resezione secondo Polya (morte).

Quest'anno le gastroterapie curate nel Reparto furono 43. Di questi casi 9, tenuti in osservazione, non furono sottoposti a cura chirurgica. Gli altri 34 casi hanno subito tutti interventi di notevole entità, e cioè:

1 operazione atipica di ripiego, per ottenere il ripristino della canalizzazione del cardias: il risultato si mantiene molto bene ancora alla fine di dicembre ed è perciò da considerare definitivo, essendo passati oltre 8 mesi dall'intervento. - 1 laparatomia con distacco delle estese aderenze da perigastrite e periduodenite adesiva fibrona cronica. - 4 gastrenterostomia posteriore transmesocolica di v. Heckar. - 9 resezione gastro-duodenale e gastrenterostomia anteriore precolica (Billroth II con gastrenterostomia anteriore precolica): questa tecnica è stata, di necessità, adottata quando l'ampiezza della resezione non ha

permesso la gastrenterostomia posteriore transmesocolica. — 11 resezione gastroduodenale e gastrenterostomia posteriore transmesocolica (Billroth II tipica). — 1 resezione a volte di una gastrenterostomia posteriore male funzionante per estese aderenze da ulcera pilorica. — 1 sutura con affondamento di ulcera duodenale perforata, con chiusura della parete addominale. — 1 zaffamento e drenaggio per ulcera duodenale perforata con esito in fistola temporanea seguita da guarigione. — 2 laparotomie esplorative su cancerosi. — 1 gastrenterostomia anteriore precolica per cancro esteso, non estrinsecabile, dello stomaco. — 1 resezione secondo Polya per cancro.

I risultati complessivi sono soddisfacenti malgrado la gravità degli interventi eseguiti, tanto più se si considera che un reparto chirurgico come il nostro non ha, nè può avere la scelta dei casi. Si ebbero, in tutto, 7 decessi: 1 per anemia acuta da enterorragia dovuta a ulcera duodenale; la resezione, eseguita d'urgenza, non ha evitato l'esito letale; 1 al decimo giorno dopo la resezione, con ittero e segni di insufficienza epatica acuta; 2 per broncopolmonite al decimo e, rispettivamente, al sedicesimo giorno dopo la resezione; 1 in seguito a resezione per ulcera gastrica perforata; 1 dopo esplorazione semplice ed 1 dopo resezione sec. Polya per cancro. Tutti gli altri uscirono dall'ospedale guariti malgrado la notevole gravità media e l'alta percentuale di complicazioni gravi dell'ulcera presentatesi nei casi osservati: 5 emorragie, 5 perforazioni; oltre 2 cancri inoperabili, 2 cancri all'estremo limite della operabilità.

Molti pazienti furono operati molto deperiti, o per una complicazione acuta, perchè non sapevano di avere l'ulcera; altri, specie fra i perforati) erano in cura da mesi, o da qualche anno, per un'ulcera diagnosticata.

I malati di ulcera, e di ogni altra forma morbosa al limite fra competenza medica e competenza chirurgica, correrebbero rischi molto minori, se fosse sempre applicata la regola di curare medicalmente solo i casi iniziali in soggetti intelligenti, socialmente nella possibilità di seguire una cura lunga, dispendiosa, limitatrice del lavoro e, soprattutto, che vivono alla portata di un pronto soccorso chirurgico. Ma sono molto pochi coloro che si trovano in queste particolari condizioni.

FEGATO

Colica epotica 2: in osservazione. — Epitelioma diffuso del fegato 1: in osservazione. — Colecistite acuta suppurata 2: 1 colecistectomia diretta con taglio di Kocher, zaffamento; 1 colecistostomia con taglio pararettale D e zaffamento. — Colecistite acuta calcolosa 4: 3 colecistectomie dirette, di cui 2 con taglio transrettale D e 1 con taglio pararettale D; 1 colecistostomia con taglio transrettale D. — Colecistite cronica 2: 1 tenuta in osservazione; 1 colecistectomia con taglio transrettale D e zaffamento. — Colecistite cronica e cisti branchiale della regione masseterina S 1: 1°) taglio di Kocher, colecistectomia, zaffamento; 2°) asportazione della cisti branchiale. — Colecistite calcolosa cronica 3: 1 colecistectomia diretta con taglio di Kocher, affondamento e peritoneizzazione del moncone e chiusura totale della parete; 2 colecistectomie dirette con zaffamento (1 con taglio transrettale D, 1 con taglio pararettale D). — Colecistite e appendicite cronica 4: 4 colecistectomia diretta e appendicectomia, con zaffamento (2 con taglio transrettale D, 2 con taglio pararettale D). — Ascesso subfrenico D 1: apertura per via trans-pleuro diaframmatica, vuotamento, drenaggio.

Questa serie di 20 casi, che ha richiesto 17 interventi sulle vie biliari, è notevole, non tanto perchè non vi sono stati insuccessi, ma per la varietà delle forme cliniche di cui alcune molto gravi hanno richiesto l'uso della anestesia locale per correre meno rischi nelle colecistostomie ed in qualche colecistectomia col taglio di Kocher. Anche per questi interventi il pericolo sarebbe stato molto minore se fossero stati più precoci; per varie forme suppurate la tecnica prudente, e la protezione del campo operatorio fatta alla maniera del Prof. O. Margarucci, ha permesso di salvare parecchi malati.

Ernia inguinale 24: 21 operazione di Bassini; 2 riduzione e plastica della parete col muscolo retto anteriore; 1 non operato. — Ernia inguinoscrotale sinistra di grande volume inoperabile per lo stato marautico dell'A. 1: morte. — Ernia inguinale D recidiva 3: Bassini. — Ernia inguinale D con ritenzione del testicolo D atrofico nel canale inguinale 1: abbassamento del testicolo nello scroto; plastica sec. Bassini-Mugnai. — Ernia inguinale D, intraparietale, sviluppatasi verso

l'alto avanti all'aponeurosi del muscolo grande obliquo, di grande volume, strozzata 1: riduzione, Bassini. - Ernia inguinale D strozzata 3: 2 Bassini, 1 Bassini-Mugnai. - Ernia inguinale recidiva strozzata da varii giorni, peritonite acuta diffusa 1: cura radicale; morte. - Ernia inguinale D (una era recidiva), appendicite erniaria 2: taglio di Bassini, appendicectomia e plastica: 1 sec. Bassini, 1 sec. Bassini-Mugnai. - Ernia inguinale D congenita e idrocele 1: oper. di Bassini, cura radicale dell'idrocele per escissione ed eversione della vaginale. - Ernia inguinale, fimosi 4: op. di Bassini e plastica del prepuzio sec. Campana. - Ernia inguinale S a due sacchi, diretta ed obliqua esterna 1: Bassini. - Ernia inguinale bilaterale 3: 1 op. di Bassini a D. e S.; 1 op. di Bassini-Mugnai a D. e S.; 1 op. di Bassini a D, di Bassini-Mugnai a S. - Ernia ombelicale 1: cura radicale. - Ernia ombelicale strozzata 1: cura radicale. - Ernia crurale 9: 8 cura radicale a taglio verticale; 1 cura radicale col metodo Ruggi. - Ernia crurale strozzata 4: cura radicale. - Eventramento e strozzamento di laparocele inguinale S di grande volume 1: cura radicale e plastica della parete. - Laparocele mediano soprapubico 1: cura radicale, plastica della parete. - Laparocele pararettale D, sindrome aderenziale 1: cura radicale con distacco delle aderenze. - Grosso ematoma da trauma della regione inguino addominale D 1: incisione, vuotamento, sutura. - Appendicite acuta 17: 15 op. con taglio pararettale D, 2 op. con taglio di Mac Burney. - Appendicite acuta sottoepatica per assenza del colon ascendente 1: appendicectomia con taglio pararettale D. - Appendicite cronica 16: 15 op. con t. pararettale D, 1 op. con taglio di Mayo. - Appendicite cronica in soggetto con peritonite sierosa cronica 1: taglio pararettale D, detersione del liquido, appendicectomia. - Appendicite e peritonite sierosa acuta 7: appendicectomia e detersione del liquido con taglio pararettale D. - Appendicite e tiflite flemmonosa 1: taglio pararettale D, appendicectomia e zaffamento; esito in fistola cecale temporanea per necrosi della parete infiltrata del cieco; guarigione. - Appendicite cancerenata e peritonite purulenta diffusa 20: 19 op. con taglio pararettale D, 1 op. con taglio di Mac Burney e taglio mediano soprapubico; in 2 casi si zaffa senza levare l'appendice, in 18 casi appendicectomia e zaffamento (2 morti). - Suppurazione tardiva di

taglio pararettale D per appendicectomia 1: incisione. — Peritonite purulenta circoscritta del quadrante superiore D dell'addome, consecutiva ad appendicectomia con taglio di Mac Burney 1: taglio pararettale D alto, esplorazione; apertura, detersione e drenaggio della raccolta purulenta. — Enterocolite emorragica 1: in osservazione. — Peritonite tubercolare 3: oper. di Spencer-Wells. — Epitelioma recidivo dell'angolo S del colon 1: in osservazione. — Peritonite purulenta circoscritta soprapubica S 1: taglio pararettale D basso, zaffamento.

OCCLUSIONE INTESTINALE:

Occlusione intestinale con versamento peritoneale ematico 1: taglio di Mac Burney, vuotamento del liquido e ano cecale in un tempo solo. — Occlusione intestinale da ostruzione e da torsione sul meso di un'ansa del tenue (volvolo) 1: taglio ombelico pubico, detorsione del volvolo, disostruzione meccanica del tenue, detersione del liquido, impacchi caldi sulle anse cianotiche sino al ripristino dei movimenti peristaltici. — Occlusione intestinale da diverticolite, volvolo e peritonite acuta diffusa 1: detorsione di un'ansa del tenue, detersione del liquido; si pratica quindi una fistola stercoracea valendosi dell'ampio diverticolo di Meckel trovato a circa 20 cm. dal cieco, sulla ultima ansa del tenue. — Occlusione intestinale, peritonite acuta diffusa da adenoma del tenue e intususcezione 1: 1°) taglio xifo-ombelicale ed esplorazione negativa dei quadranti superiori dell'addome; 2°) taglio di Mac Burney ed ano iliaco D su di un'ansa del tenue dilatata. Dopo 33 giorni: 3°) anestesia locale, taglio ombelico pubico, asportazione del cilindro triplo dell'intususcezione (circa 90 cm. di tenue), entero-entero-stomia latero-laterale. — Occlusione intestinale per intususcezione del tenue nel cieco e colon ascendente per circa 30 cm.; sindrome acuta grave 1: taglio pararettale D, resezione del tratto intestinale interessato, entero-colostomia latero-laterale. — Occlusione intestinale cronica per tubercoloma del cieco 1: taglio pararettale D, resezione del cieco, entero-colo-stomia latero-laterale. — Occlusione intestinale per stenosi anulare cicatriziale del sigma colico, da ulcerazione tubercolare 1: taglio ombelico pubico, resezione del tratto ste-

notico, colo-colostomia latero-laterale (morte). — Occlusione intestinale da volvolo del sigma colico 1: ampia laparotomia mediana, detorsione del sigma e vuotamento del colon attraverso l'ano mediante caute pressioni sul colon enormemente dilatato. Asportazione dell'appendice. Sutura totale.

Questa serie, veramente interessante, di 8 casi di occlusione intestinale, per la loro diversità, la gravità, e, spesso, la necessità di decidere immediatamente, rappresenta il gruppo degli interventi più importanti eseguiti durante l'anno, poichè la difficoltà diagnostica e tecnica è molto minore su tutti gli altri tipi d'intervento, anche se dello stomaco o delle ossa, trattandosi, in questi casi, di operazione la cui tecnica è bene regolata e studiata in anticipo.

Particolare importanza presenta il caso in cui, all'origine della sindrome oclusiva e della peritonite acuta stava un grosso diverticolo di Meckel flogosato; la fistola stercoracea praticata all'apice del diverticolo di Meckel, dopo detorsione del tenue, scaricando all'esterno il contenuto settico dell'intestino, ha portato alla guarigione definitiva. Molto gravi ed anatomicamente interessanti i due casi di intussuscezione, che richiesero una estesa resezione intestinale. La stenosi anulare del sigma, reperto operatorio di una occlusione acuta, ha richiesto di necessità, la resezione immediata perchè, aperto l'addome, l'ansa dilatata a monte dell'ostacolo cominciò "a tagliarsi", ai limiti della stenosi; s'è così dovuto passare alla resezione ed alla colo-colostomia latero-laterale in soggetto già intossicato, ch'è poi venuto a morte dopo alcuni giorni.

Una particolare nota illustrativa merita l'ultimo caso, di volvolo del sigma colico, per la sua gravità clinica e per l'ottimo esito dell'intervento dovuto esclusivamente alla prudenza ed alla rapidità della decisione e della manovra: trattavasi di una donna di 31 anni, robusta, presentatasi con sindrome acuta, addome teso, dolori principalmente riferiti al quadrante inferiore sinistro, ed, in parte minore, al destro. Si decise l'intervento esplorativo sottoombelicale, disponendo la donna per la posizione di Trendelenburg. Appena incisa la linea alba ed il peritoneo, venendo meno l'azione contentiva dei robusti

muscoli retti addominali, fuoriescono tumultuosamente molte anse del tenue, ma la ferita resta quindi bloccata da una enorme ansa resa trasparente dalla tensione. Per fare presto ed evitare lo scoppio minacciante di quest'ansa, si allarga rapidamente l'incisione fino a renderla pressochè xifo-pubica: si riconosce allora che tutta la cavità addominale è occupata dall'ansa del sigma ritorta su se stessa da sinistra a destra. Proteggendo il pacco delle anse del tenue, ormai extraaddominali, con pezze calde, si procede alla detorsione, ottenendo una piccola diminuzione della tensione per diffusione dei gas al resto del colon. Coprendo allora sempre tutto con pezze calde, si prova se, con caute pressioni, è possibile espellere almeno i gas, attraverso l'ano. Dopo qualche tentativo infruttuoso si ottiene una prima rumorosa scarica di gas e di materie solide, con una corrispondente diminuzione della tensione pericolosa del sigma. Successivamente, per tentativi, si arriva allo svuotamento, praticamente totale, del colon, che stenta a contrarsi malgrado gl'impacchi con soluzione fisiologica calda. Ottenuta finalmente una soddisfacente tonicità del colon, si passa alla riposizione dei visceri ed alla ricostruzione totale della parete. Decorso e guarigione regolari.

È interessante il risultato ottenuto con questa linea di condotta perchè ha ridotto al minimo i rischi dell'intervento: un ano cecale, date le condizioni anatomiche, sarebbe stato forse inefficace, mentre se si tentava un ano praticato sul sigma, facilmente avrebbe provocato lo scoppio dall'ansa prima di una adeguata fissazione alla parete; inoltre, iniziata la laparotomia esplorativa sottoombelicale, non era più possibile la riposizione delle anse dilatate senza il vuotamento dei gas. Tentare di ottenere questo scopo attraverso la via naturale evitava ogni pericolo d'inquinamento del peritoneo. Il risultato conseguito prova la praticità del metodo eccezionale seguito.

GINECOLOGIA: casi 65.

Metrite cronica emorragica 7: 2 in osservazione; 2 dilatazione sec. Hegar, revisione e tamponamento iodato della cavità interina; 3 isteroannessectomia totale per via alta. — Metrite cronica 3: in osserva-

zione. — Stenosi del collo dell'utero 3: 1 dilatazione sec. Hegar, raschiamento e zaffamento della cavità uterina; 2 plastica del collo sec. Pozzi, raschiamento e tamponamento della cavità uterina e della vagina (in 1 caso vi era anche antiflessione). — Utero retroverso 3: 3 isteropessi sec. Dartigues. — Utero retroverso, appendicite cronica 5: 5 isteropessi sec. Dartigues e appendicectomia. — Utero retroverso, lacerazioni del collo uterino 1: 1^a) plastica del collo uterino; 2^a) isteropessi sec. Dartigues. — Fibroma dell'utero 8: 1 isteroannessectomia totale alta; 1 isterectomia subtotala alta e annessectomia totale; 3 isterectomia subtotala alta e conservazione di 1 ovaia; 3 isterectomia subtotala alta e conservazione delle 2 ovaie. — Epitelioma del collo dell'utero 3: 3 isteroannessectomia totale per via alta (in 1 caso si asporta anche l'appendice flogosata). — Esiti di isteroannessectomia totale alta 1: in osservazione. — Esiti di isterectomia subtotala 1: in osservazione. — Esiti di pelvipеритонite operata 1: in osservazione. — Cisti ovarica di grande volume 2: 2 annessectomia D. — Cisti dell'ovaio S, torta sul peduncolo, in necrosi 1: 1 annessectomia S. — Cisti dell'ovaio S in isterectomizzata 1: 1 asportazione e ricostruzione della parete. — Cisti grande dall'ovaio D. Ovaio S micropoli-cistico, appendicite cronica 1: 1 asportazione della grossa cisti D lasciando il residuo sano dell'ovaio; puntura di tutte le piccole cisti dell'ovaio S; appendicectomia; sutura. — Rottura di gravidanza extrauterina tubarica S con ematocele (in 1 caso l'A. era stata operata di annessectomia D) 3: 3 taglio ombelico pubico, emostasi, detersione, salpingectomia S (in 1 caso anche zaffamento). — Annessite cronica 3: cura incruenta. — Annessite suppurata, pelvipеритонite 4: 1 annessectomia bilaterale e zaffamento per via alta; 2 isteroannessectomia subtotala all'americana per via alta e zaffamento (in 1 caso lasciando l'ovaio D), 1 annessectomia D con zaffamento (1 morte). — Annessite suppurata in antica operata di isteropessi pelvica sec. Pestalozza 1: difficile isteroannessectomia subtotala, zaffamento. — Dismenorrea 3: in osservazione. — Cistocele vaginale più volte recidivo 1: plastica vagino perineale con sutura mediana dei 2 muscoli elevatori e sutura sagittale cutaneo-mucosa (risultato ottimo). — Endometrite, annessite e vulvovaginite cronica 1: cura incruenta. — Vulvovaginite purulenta 5: irrigazioni. — Bartolinite cronica bilaterale

1: asportazione delle 2 ghiandole. — Bartolinite cronica S 1: asportazione della ghiandola S. — Piaga (esiti di parto) del piccolo labbro D 1: medicature.

Questa serie di 65 casi è da mettere in giusto rilievo per la sua varietà ed il numero notevole di operazioni di rilevante gravità sia per le infezioni in atto sia per l'estensione dell'intervento stesso. Si è dovuto lamentare un solo caso di morte per polmonite destra, all'ottavo giorno dopo l'intervento, in una operata, per pelvipеритонite e annessite suppurata, in gravi condizioni.

OSTETRICIA: casi 162.

Parto normale a termine 99. — Infezione puerperale in atto al ricovero in ospedale 5: 3 in osservazione: 2 revisione uterina; medicature. — Gravidanza all'8° mese 1: in osservazione. — Esiti di espulsione spontanea di mola vescicolare 1: accurata revisione e tamponamento dell'utero. — Eclampsia in gravidanza 1: dilatazione sec. Bossi e parto artificiale rapido per estrazione podalica: feto vivo, vitale; madre morta dopo 2 giorni. — Eclampsia post partum 1: salasso, ipodermoclisi etc.; morta dopo alcune ore dal ricovero in ospedale. — Ritenzione di residui ovarici 2: 2 revisione uterina. — Placenta previa marginale, inerzia in travaglio 1: estrazione rapida del feto vivo ed estrazione manuale della placenta.

DISTOCIE:

Bacino uniformemente ristretto 1: rivolgimento alla Braxton Hicks, estrazione podalica del feto vivo, vitale, sutura di una lacerazione perineale. — Presentazione di fronte trascurata 1: estrazione podalica, dopo rivolgimento, del feto morto; estrazione manuale della placenta. — Inerzia in travaglio 4: 4 applicazione alta del forcipe ed estrazione del feto: 2 vivi, vitali; 2 già morti al ricovero in ospedale (1 per attorcigliamento del cordone ombelicale al collo). — Inerzia in travaglio di parto bigemino 1: rivolgimento ed estrazione podalica dei 2 feti

vivi, vitali; distacco ed estrazione manuale della placenta. - Presentazione di spalla trascurata con procidenza del braccio e feto morto 2: rivolgimento ed estrazione podalica del feto; estrazione manuale della placenta. - Presentazione di spalla trascurata in parto gemellare 1: rivolgimento ed estrazione podalica del primo feto vivo, vitale, e del secondo, morto; estrazione manuale della placenta. - Presentazione di spalla trascurata, feto morto 1: rivolgimento ed estrazione podalica del feto; distacco ed estrazione manuale della placenta. - Presentazione di spalla trascurata, braccio S procidente 1: rivolgimento ed estrazione podalica del feto vivo, vitale, estrazione manuale della placenta. - Presentazione di spalla 1: rivolgimento ed estrazione podalica del feto vivo, vitale. - Presentazione podalica, varietà natiche, sofferenza fetale 2: 2 estrazione podalica del feto vivo, vitale. - Presentazione podalica varietà piedi, sofferenza fetale 1: estrazione podalica del feto vivo, vitale; distacco ed estrazione manuale della placenta. - Aborto in atto, metrorragia 30: 30 revisione uterina. - Metrorragia da aborto espletato 2: in osservazione. - Minaccia d'aborto 3: in osservazione.

Questi casi d'ostetricia presentano una percentuale alta di distocie e di complicazioni della gravidanza o del parto.

In parte ciò è dovuto al maggiore afflusso in Ospedale di partorienti quando s'è già verificata una anormalità del travaglio. Molte delle distocie, anche per la distanza dal medico condotto e dall'Ospedale, sono arrivate tardi, con feto morto o sofferente.

Quest'anno è stato rilevante il numero degli aborti in atto o già espletati, specie rispetto a quelli degli anni scorsi.

ANO E RETTO: casi 10.

Emorroidi 5: divulsione, termocauterizzazione. - Emorroidi strozzate 1: divulsione, termocauterizzazione. - Emorroidi, ragade anale 3: divulsione, termocauterizzazione. - Fistola e ascesso perianale 1: ampia incisione con distruzione delle pareti suppuranti.

MALATTIE VARIE: casi 12.

Demenza precoce 1: trasferito al Manicomio. - Stato di agitazione 1: trasferito per competenza all'Ospedale Militare di Padova. - Acromegalia, più pronunziata all'arto inferiore D 1: in osservazione. - Piodermite diffusa, ascessi multipli 2: incisioni, medicature. - Bronchite cronica 1: trasferito al Reparto Medico. - Psoriasi 1. - Scabbia 5.

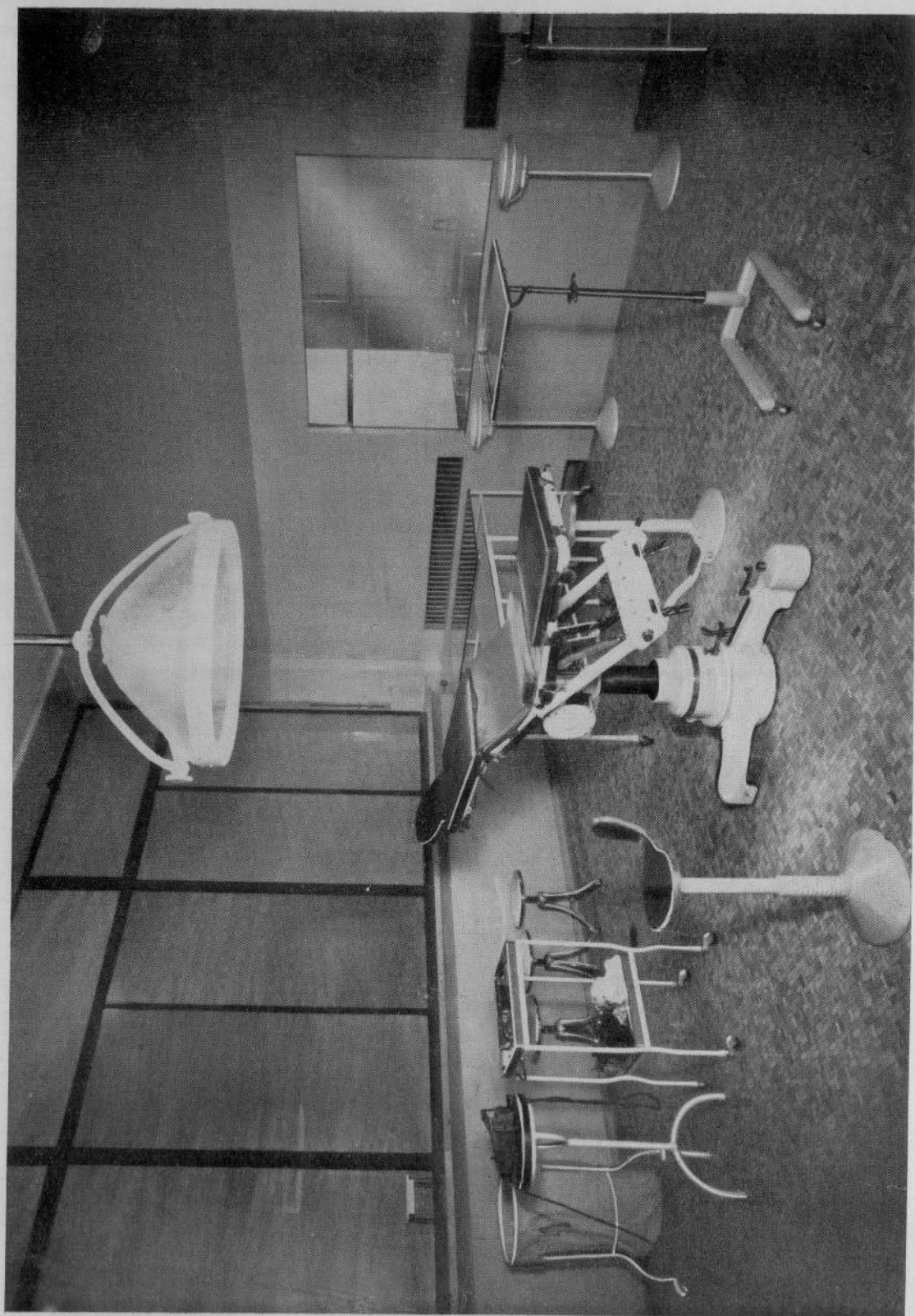
Questa relazione dà così un concetto del lavoro e dell'efficienza del Reparto chirurgia. È da mettere nella giusta evidenza la percentuale alta di casi gravi, che hanno richiesto un numero elevato di interventi rischiosi. I risultati potranno essere migliori se gl'interventi saranno più precoci.

A lavoro compiuto, a riconoscimento dell'opera svolta da questa Sp. Amministrazione, della grande generosità dell'Ing. Achille Gaggia, e dell'interessamento di quanti hanno a cuore le sorti di questo Ospedale, conviene illustrare brevemente i nuovi servizi di chirurgia, che corrispondono a quanto, richiesto, avevo proposto al Consiglio di Amministrazione ed all'Ingegnere costruttore. I locali adibiti alla sala operatoria ed ai suoi servizi sono disimpegnati dal resto del reparto, serviti da uno spazioso corridoio e comprendono 11 vani dei quali uno è destinato a bagno. Vi sono poi, in ordine, la stanza delle Suore di Camera Operatoria col suo speciale attrezzamento, la camera degli assistenti, la camera di visita per malati esterni che arrivino fuori orario o durante le sedute operatorie, la camera del Chirurgo Primario, la camera per gli apparecchi gessati, quella per la narcosi, la preparazione e l'attesa dei malati da operare, ed infine un altro locale completo di toletta. Di fronte al proprio corridoio di accesso si apre la Camera operatoria; a sinistra di essa vi è l'armamentario, a destra la camera di sterilizzazione.

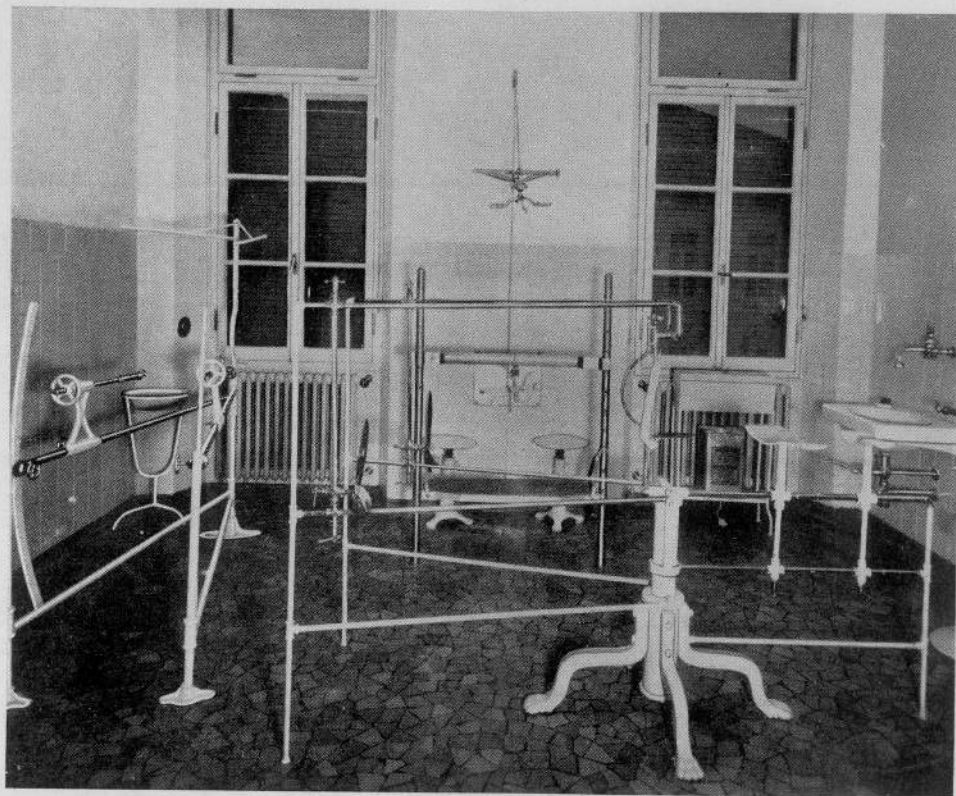
L'armamentario è dotato di un grande armadio in ferro e vetro, appositamente costruito dalla S.I.A.M. di Torino, di altri due armadi, e di un tavolo in ferro e vetro. Vi si custodiscono gli apparecchi ed i ferri chirurgici. Quando non si trovano in Camera operatoria, si vede il complesso strumentario elettrico del Prof. Galatà, completo anche di aspiratore, il termocauterio elettrico, un robusto ventilatore supplementare, e poi la ricca dotazione dei ferri comuni, dei ferri speciali (in doppia serie questi ultimi), e dei ferri da ossa. Vi è anche il necessario per la sutura vasale, la dotazione e la pinza speciale degli aghi atraumatici, la pinza di Donati per la resezione del duodeno, il gastro-enterostato originale di Stiefenhofer, una doppia serie completissima di divaricatori automatici od a mano. L'armamentario non comunica con la camera operatoria in modo che sono evitati fastidi di qualsiasi genere per chi opera.

La camera di sterilizzazione, oltre che di luce naturale ed elettrica è dotata di prese di corrente-luce, di corrente-industriale, di acqua e, volendolo, si può avere il gas, usato per gli apparecchi di sterilizzazione. Questi comprendono un grande autoclave ad armadio di cm. $120 \times 80 \times 60$, costruzione veramente perfetta della Ditta Sordina di Padova, che ha fornito inoltre il tavolo di sterilizzazione a corrente di vapore ed, assieme, a gas, come anche l'armadio di sterilizzazione a secco, elettrico, per i ferri chirurgici. Il tavolo di acciaio inossidabile, ha posto per tre bollitori, grande e medio per i ferri, piccolo per aghi, siringhe, seta, ecc. L'ebollizione è rapidissima e senza spandimento del vapore, che una corrente d'acqua fredda condensa all'orlo dei bollitori. Sopra il tavolo v'è la saracinesca di cristallo che chiude la comunicazione diretta con la camera operatoria. Nella camera di sterilizzazione vi è posto per il lavandino, un bollitore elettrico rapido, un tavolo di servizio, le sedie per il personale. La Camera operatoria si è voluta spaziosa quanto occorre: m. 5×5 . Una sola porta con sopraporta Vasistas. Furono scartate le novità inutili, ma si sono richiesti tutti i requisiti utili suggeriti dalla esperienza delle numerose camere operatorie nuove o antiche degli Ospedali di Roma e di altri ambienti. Per la luce solare, oggi poco necessaria in chirurgia, si è richiesta una unica apertura, esattamente orientata a

Sala operatoria



tramontata, protetta dal vetro coibente "termolux", che rende la luce, già diffusa perchè da nord, ancora più dolce. Così non è disturbata affatto l'illuminazione artificiale del campo operatorio anche nelle ore in cui vi è una luminosità maggiore, mentre non si è privi del tutto della luce solare, tante volte molto utile. Non si è ritenuto necessario richiedere controchiusure opache. Sul finestrone fisso si aprono due



La camera per i gessi.

sportelli tipo Vasistas, per l'aerazione diretta, sempre sicura; vi corrisponde una sottilissima, solida rete di ottone contro i moscerini, calamità estiva delle camere operatorie, quando bisogna operare di notte. Il tetto è a vernice chiara e porta due lampade a soffitto opache, spente quanto si opera. Dal tetto scende la lampada Pantophos Zeiss grande, che corrisponde al tavolo operatorio. Essa è dotata della batteria d'accumulatori per la luce di riserva. Le pareti sono rivestite di lastre di vetro verde per gran parte dell'altezza, restando la parte

più alta in vernice verde. Sulla parete destra si apre la saracinesca del tavolo di sterilizzazione e vi è la presa dell'aspiratore ad acqua. La parete sinistra porta un orologio elettrico a muro. Su tutte le pareti vi sono numerose prese di corrente-luce e corrente-industriale, e si notano i diffusori moderni d'aria calda. Il pavimento in vetro-cemento, lucido, pulito e sobrio, risponde a tutti i requisiti ed è molto elegante.

Il tavolo operatorio Sordina è stato scelto, malgrado il prezzo elevato, perchè sebbene più lento di altri tipi, dispone di tutte le posizioni utili, anche di quella speciale, a linea spezzata, per il fegato; è solido, si comanda sempre dalla parte della testata, e, siccome le posizioni variano solo con l'apposita manovella, in un cambiamento di posizione, si è garantiti dall'incidente (accidentale ma possibile) che il malato vada per terra o che si sposti pericolosamente mandando per aria tutta la protezione sterile.

Il tavolo è corredato di due sedili di Pauchet per gli operatori, di due tavolineti per i ferri, del tavolino speciale della narcosi, di quattro tavoli in ferro e vetro mobili, di sgabelli in anticorodal, di sacchi montati su rotelle per garze usate, etc. Dopo alcuni mesi di servizio si può con sicurezza affermare che questa camera operatoria, dotata di ogni moderno attrezzo, è bella, solida, igienicamente perfetta, silenziosa, in condizioni di essere ancora per moltissimi anni nuova, all'altezza dei tempi.

La camera da parto, situata nell'ala destinata alle partorienti, bene illuminata di luce naturale ed elettrica, con riscaldamento sussidiario, è anche essa perfettamente dotata: ha un moderno letto da parto, a sezioni mobili, modello Rossi-Doria, armadio in ferro e vetro, bagno e tavolo imbottito per la pulizia dei neonati, lampada Zeiss a diffusore, lampada portatile, tavolino per i ferri, tavolo per le suture perineali, irrigatore, ecc. Le due medicherie degli uomini e delle donne, simmetriche rispetto al Reparto, sono ugualmente, perfettamente dotate: hanno ciascuna un buon tavolo operatorio Donati, un tavolino portatile a due piani per le medicature, un bollitore a gas, presa di corrente-luce e di corrente-industriale, irrigatore, lampada portatile, lampada Zeiss con diffusore, riscaldamento sussidiario, oltre a quello

comune, sgabelli, altri accessori; quella delle donne ha in più il tavolino speciale per suture o medicazioni perineali. Tutt'e due hanno l'orologio elettrico a muro. La camera per i gessi è poi perfettamente attrezzata per l'applicazione di ogni tipo di busto o di apparecchio gessato. Questa, per sommi capi, l'attrezzatura chirurgica del Reparto; essa è completa e perfetta in tutte le sue parti, tale da rispondere allo scopo nel modo migliore.



71059

