

449

DIVISIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE CIVILE DI MONZA

Direttore: Prof. ANTONINO CIMINATA

Sulla cura chirurgica delle occlusioni primitive e secondarie della vena porta

Dott. MARCELLO PETACCI

Capitano Medico della R. Marina

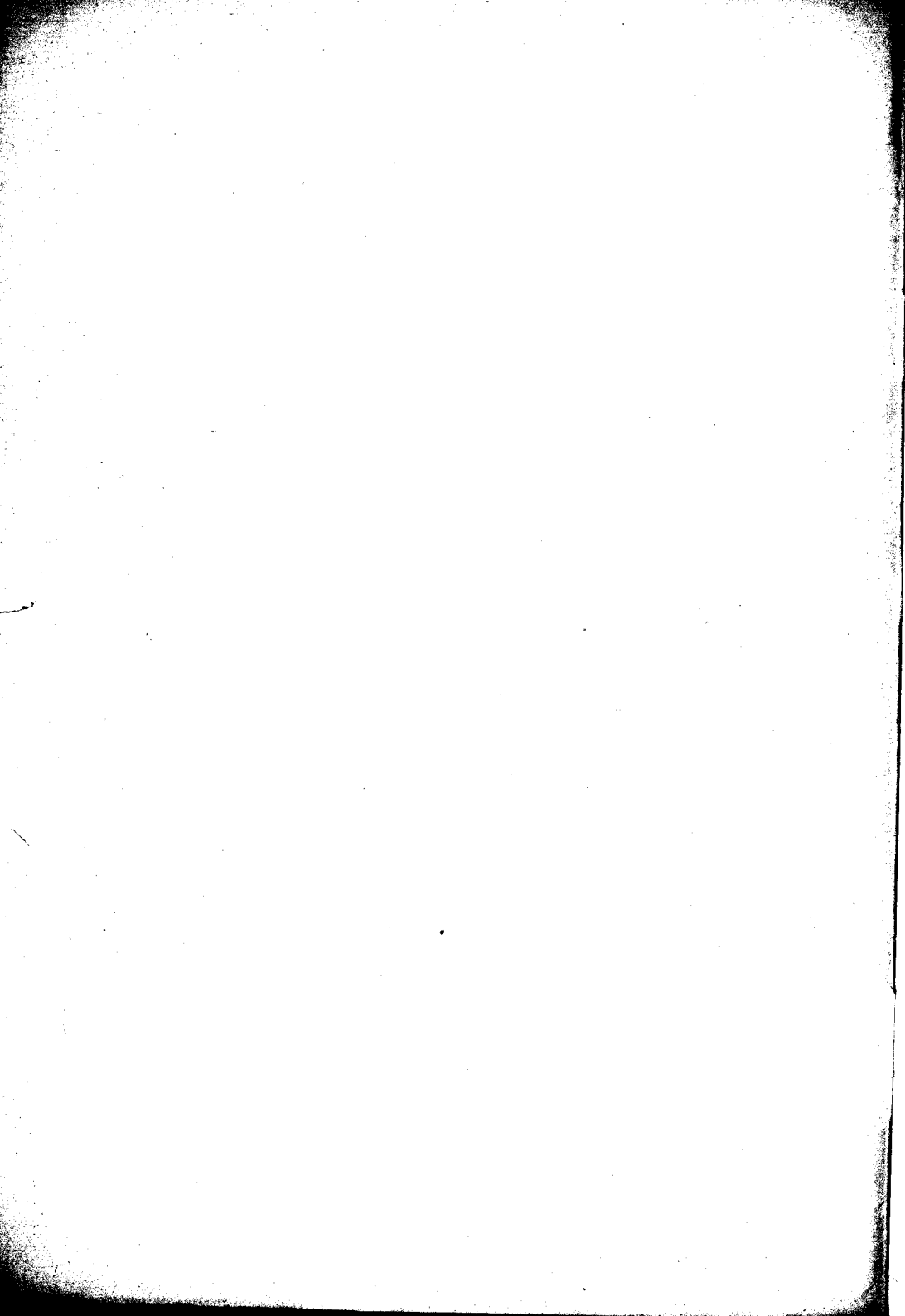


DALLA RIVISTA « L'OSPEDALE MAGGIORE »

Periodico Mensile Illustrato

Annata XXVI - 1938-XVI

81
15
6



DIVISIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE CIVILE DI MONZA

Direttore: Prof. ANTONINO CIMINATA

Sulla cura chirurgica delle occlusioni primitive e secondarie della vena porta

Dott. MARCELLO PETACCI

Capitano Medico della R. Marina

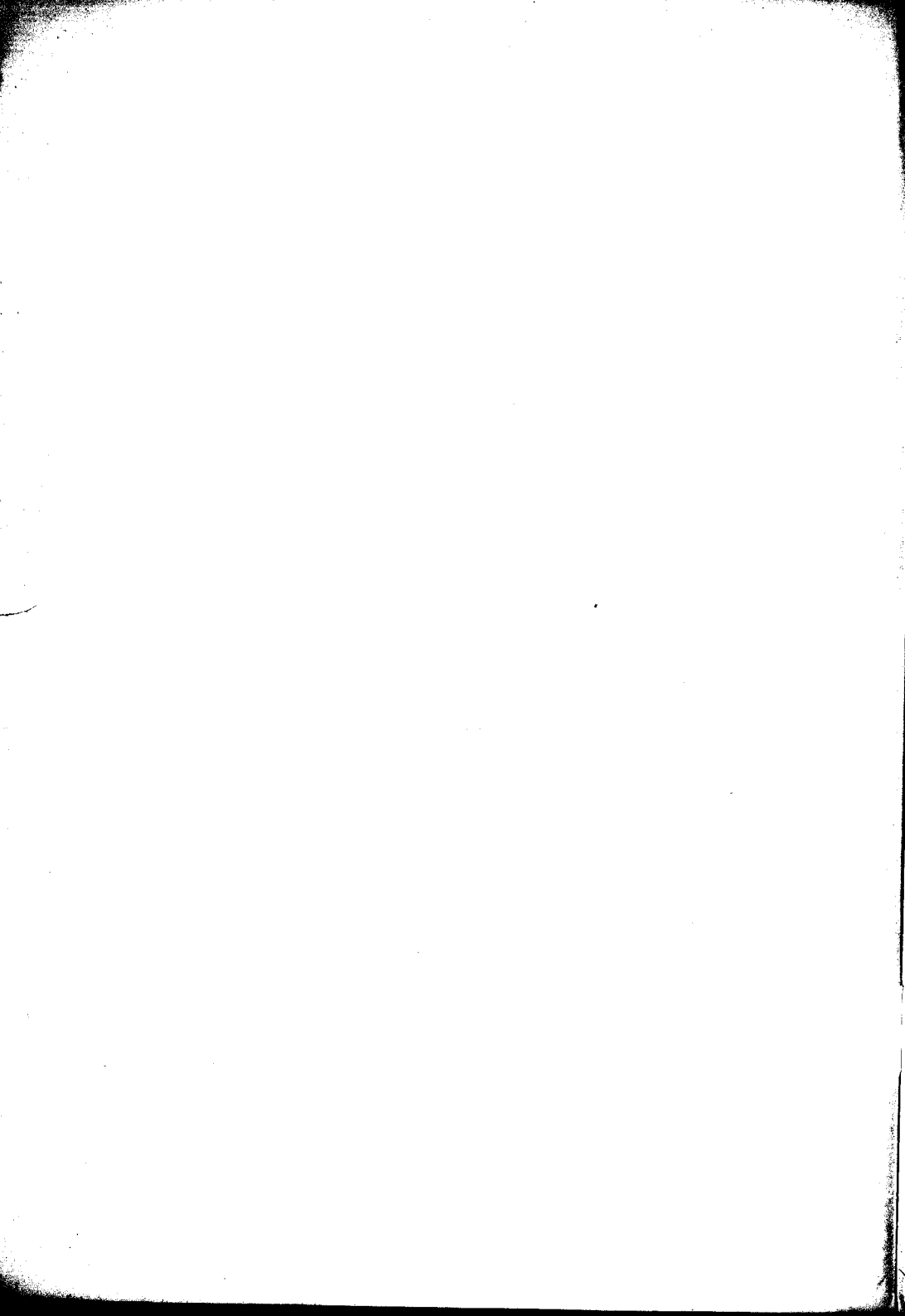


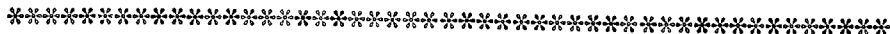
DALLA RIVISTA « L'OSPEDALE MAGGIORE »

Periodico Mensile Illustrato

Annata XXVI - 1938-XXVI

31
6
61





La chirurgia della vena porta è ben di rado uscita dal campo teorico e sperimentale per occupare di sè la pratica chirurgica.

Mentre i rami affluenti della vena, le due mesenteriche e la splenica, per la insorgenza della trombosi, hanno dato luogo ad un buon numero di interventi, il tronco principale per la sua profondità, la sua brevità e la vicinanza ad organi parenchimatosi, rami vasali e plessi nervosi essenziali alla vita è rimasto, almeno sino a qualche tempo fa, fuori delle possibilità del chirurgo.

Ma per la sua grande importanza nell'economia dell'organismo, le sue affezioni meritano uno studio attento anche da un punto di vista puramente e solamente chirurgico.

Fra queste le più importanti sono le occlusioni primitive e secondarie.

CENNI ANATOMICI SUL SISTEMA DELLA VENA PORTA E DELLE VENE PORTE ACCESSORIE.

Il circolo portale raccoglie il sangue venoso « se si eccettua il fegato ed il rene » di tutti i visceri addominali; esso è in relazione con le vene dello stomaco, del tenue, del crasso e con le emorroidarie superiori, attraverso le mesenteriche; con l'esofagee inferiori per mezzo della coronaria dello stomaco, con la cava superiore e l'azygos per mezzo delle esofagee, con la vena splenica.

La porta, raccolte le sue affluenti, si capillarizza a mo' di arteria nel parenchima epatico.

« È un albero le cui radici sono impiantate lungo tutta la estensione del tubo gastro-enterico ed i cui rami si espandono nel fegato » (Testut).

Ma io non farò qui l'anatomia sistematica e particolareggiata della vena porta; mi sembra utile piuttosto richiamare alcuni particolari anatomici delle sue anomalie e dei tronchi anastomotici di notevole importanza chirurgica.

È noto come siano numerose le varianti del modo di trarre origine della vena porta dalle mesenteriche o dalla lienale, della lunghezza che può variare da 5 a 12 cm., della posizione e come siano frequenti le anomalie e le malformazioni.

Meritano attenzione i casi descritti da Serres, Lawrence, Abernatty, di sbocco della porta nella cava o nell'azygos e quelli di Mende in cui la porta si gettava nell'atrio destro; ma si tratta di casi rarissimi. Meno rara è la presenza di porte accessorie di un certo calibro, come il caso Knight, in cui un ramo anomalo dalla testa del pancreas e dalla curvatura duodenale superiore raggiungeva il fegato e fu lesa nel corso di un intervento con esito mortale.

Ma soprattutto importante dal punto di vista della fisiopatologia delle affezioni della vena porta è lo studio della rete di vene a calibro variabile che dovrebbe supplire in parte il tronco principale quando questo non è più atto al proprio ufficio, scaricando nel grande circolo il sangue venoso che origina dagli organi addominali.

Tali vene, già studiate e descritte in passato da vari autori e soprattutto dal Sappey, che ne pose in evidenza la grande importanza, poi da Charpy e da Pick per non parlare che dei maggiori che ne estesero ancora la conoscenza, sono state dal Pick distinte in epato-petali, comprendenti quei tronchi che portano il sangue venoso al fegato indipendentemente dalla vena porta, in epato-fugali, denominazione che è estesa a tutti quei rami che anastomizzano il circolo portale col circolo generale: cava inferiore e azygos.

Inoltre vi sono le vene porte accessorie proprie di cui il Testut descrive cinque gruppi: primo, gastro-epatico; secondo, cistico; terzo, vasa-vasorum nutritizi; quarto, del legamento sospensore; quinto, para-ombelicale del Sappey; inoltre il sistema di Reizius e le anastomosi porto-renali dirette di Tuffier e Lejars.

SISTEMA VENOSO DEL PICK.

1° Vene epato-fugali.

Le vene epato-fugali rappresentano ad uno stadio di abbozzo rudimentale ciò che in altri animali (uccelli), è un fatto normale, vale a dire la presenza di ampie comunicazioni del sistema venoso portale con quello della cava. Sono state descritte le vene para-ombelicali del Sappey, le sopra ombelicali di Baumgartner, la vescico-ombelicale, la ombelicale di Burrow, la vena-epigastrica, la vena anastomotica della mediana xifoidea con la para-ombelicale, del tratto prossimale pervio della vena ombelicale con le parti addominali (Tarozzi), della renale destra con la porta, della renale sinistra con la vena colica, dei rami dell'epigastrica con la mesenterica inferiore.

Inoltre rami che anastomizzano le venule che provengono dalla superficie inferiore del diaframma e dal legamento sospensorio del fegato col circolo venoso superficiale; anastomosi della vena collaterale destra, ramo della para-ombelicale con il plesso vescicale e della vena collaterale sinistra con l'epigastrio.

In casi singoli, sono state descritte anastomosi della splenica con la surrenale, della gastro epiploica con la surrenale della lienale o d'altri rami della porta con le renali, della colica sinistra con le uterale e ureterali, con le spermatiche.

Non tanto rara sarebbe una via anastomotica che dalle gastriche, attraverso alle esofagge metterebbe in comunicazione il sistema portale con le vene del torace. Invece questi vasi non hanno quasi mai anastomosi con il sistema portale.

I gruppi importanti di anastomosi sarebbero: quello delle vene peri-ombelicali, prive di valvole, che allacciano la circolazione superficiale e profonda non solo attorno all'ombelico, ma altresì attraverso i numerosi orifici della parte anteriore sia a livello della appendice xifoide, sia lungo la linea alba; quelli che dalla coronaria e dalla vena del legamento rotondo, vanno verso il gruppo di vene ombelicali; e il gruppo di vene che anastomizzano le vene dello stomaco attraverso all'esofago con quelle toraciche.

Gilbert e Villaret, partendo invece dal punto di vista clinico, cercarono di sistematizzare questi rami e diedero la maggiore importanza alle vene della circolazione superficiale, sopra-ombelicale e toracica, mentre il gruppo profondo sarebbe di valore assai minore.

2° Vene epato-petali.

Le vene epato-petali rappresenterebbero il tipo ideale di anastomosi nei casi di occlusione primitiva della vena porta, in quanto la sostituirebbero nell'apporto al fegato del sangue proveniente dalle mesenteriche e dalla lienale.

I rami più importanti di questo gruppo decorrono nello spessore dell'omento gastro-epatico, partono dal margine superiore dello stomaco dalla coronaria stomacica e vanno al fegato.

La più voluminosa di queste è la vena pilorica che talvolta si immette nella porta al suo sbocco nel fegato e talvolta si reca al fegato per proprio conto.

Inoltre dalle pareti esterne della cistifellea decorrono 12-15 vene che si versano nella porta e si anastomizzano con la cistica; dalla capsula di Glisson, parte una rete di vene che si getta pure nella porta. Talvolta la stessa coronaria stomacica non si getta nella porta ma direttamente nel fegato.

Infine un terzo sistema di anastomosi di grande importanza è quello che mette in comunicazione fra di loro i vari rami dell'albero portale della mesenterica superiore con l'inferiore di questa con le vene dello stomaco e la splenica; sistema di vene importante e tali da permettere spesso un buon deflusso di sangue nei casi di *occlusione parziale* di uno dei tronchi.

Ma questa ricca nomenclatura di vasi anastomotici non giustifica il concetto di molti autori, che per necessità patologiche, questa rete collaterale sia sufficiente a supplire un impedimento del tronco principale e delle diramazioni epatiche della vena porta.

Questo concetto avrebbe dovuto già apparire erroneo per l'esperienza clinica che dà nei cirrotici un'ascite quasi costante e progressiva.

Infatti quando per la stasi nelle radici della vena porta c'è un trasudato, questo può essere riassorbito dai linfatici del peritoneo e del diaframma solamente quando è in scarsa quantità, ma diventando abbondante si versa nel cavo peritoneale e dà così luogo alla formazione di ascite.

Alcuni hanno voluto vedere nell'ascite un fenomeno attivo dovuto a secrezione della sierosa peritoneale, più che l'effetto della stasi meccanica ed hanno proposto ed eseguito la legatura della porta nei casi di pileflebite, fidandosi della presenza di anastomosi.

I risultati sono stati naturalmente disastrosi.

È uno studio anatomico svolto da Walcker su 160 cadaveri ha invece dimostrato nel modo più matematico che questa rete anastomotica non ha nè l'importanza nè la regolarità che da alcuni si riteneva.

Le anastomosi epato-petali sarebbero presenti solo nel 5% dei casi, i rami portali accessori solo nel 4% dei casi.

Inoltre si tratta di vasi di piccolo calibro, mai al di sopra di un millimetro di diametro e tali quindi da non costituire un mezzo di deflusso efficace.

Considerando attentamente la letteratura su questo argomento si può notare come i rami descritti spesso erano stati riscontrati in casi singoli e per la gran parte in un numero di casi molto esiguo. Anche ammettendo che le condizioni di stasi notevolissime debbano favorire un aumento di calibro di questi piccoli vasi ed anche la neoformazione di essi, si deve considerare la loro presenza

come il fatto meno frequente e praticamente l'anastomosi esistente fra il sistema porta e quello della cava d'importanza molto limitata agli effetti delle funzioni di supplenza.

OCCLUSIONI PRIMITIVE ACUTE E CRONICHE DELLA VENA PORTA.

I processi che conducono alla occlusione portale si debbono dividere in acuti e cronici, non solo per ragioni di studio in quanto sono assai differenti fra loro per l'origine e per la sintomatologia, ma anche perchè il trattamento è assai diverso essendo più preoccupanti nelle prime i fenomeni infettivi, nelle seconde i fatti meccanici.

Occlusioni acute della vena porta.

Le flogosi acute (pileflebite acute) sono ben conosciute nella clinica. Qualsiasi processo infettivo del cavo addominale può causare una pileflebite. Talvolta anche da organi vicini che abbiano connessioni vasali col sistema portale può originare una pileflebite. Lawrance e Curtis riportarono un caso di uretromia interna giunto al tavolo anatomico dove si trovò una pileflebite suppurata ed in cui la via seguita dai germi era da ricercarsi nelle vene del plesso vescicale. Anche la frequenza degli ascessi epatici può considerarsi come una prova della frequenza di flogosi della vena porta, che è — come è noto — la vena più comunemente seguita nelle infezioni. Infatti è molto frequente il reperto di ascessi anfrattuosii del fegato coesistenti con trombosi dei rami intra-epatici portalì.

La milza per la via della splenica, l'omento a causa delle omentiti suppurate, il pancreas, lo stomaco (ulcere penetranti, carcinomi) le ernie strozzate, le diverticoliti, le operazioni per emorroidi, le peritoniti possono essere origini di pileflebiti.

Ma la causa più nota è l'appendicite. Langdon Brown su 46 casi trovò che l'appendicite era la causa nel 42 %. Questa affezione è di per se una complicazione terribile e non rara dell'appendicite, e lo fu specialmente nei decenni passati quando l'intervento precoce per l'appendicite non era entrato nella pratica corrente.

Fitz nel 1866 la trovò 11 volte su 257 casi e Armstrong nel 1897 su 546 autopsie di pazienti morti per appendicite, la trovò nel 5 % dei casi.

Ma anche più recentemente Braun di Zwickau la trovò 9 volte su 600 casi e Moschowitz 7 volte su 159 casi.

Anche molto recentemente in Germania Sudck, Brutt, Fromme, ne hanno pubblicati vari casi.

Generalmente l'appendicite presenta vari casi di flogosi grave con focolai gangrenosi e ascessuali; ma talvolta le lesioni possono essere di modico grado ed anche lievi, mentre quelle del fegato sono irrimediabili (caso di Beer). Le venozze del mesenterio sono generalmente trombizzate e trombi si trovano nella vena ileo-colica da

cui il processo si propaga alla vena porta e di là al fegato giacchè in genere la flebite portale è consecutiva alla flebite di uno dei suoi rami provenienti dal focolaio di infezione.

La propagazione del processo infettivo al fegato si può fare per mezzo dei linfatici retrocecali e retrocolici.

La vena porta in questi casi presenta il quadro solito delle flebiti; appare ingrossata ed edematosa, sepolta da aderenze e membrane prodotte dalla flogosi ed il lume è occupato da un coagulo friabile, sanguigno purulento, che può ostruire totalmente o parzialmente la vena.

L'inizio del processo è segnato da un brivido intenso a cui gli autori danno molta importanza come sintomo. Vi possono essere ittero; aumento della bilirubinemia, dolenza alla regione epatica mentre il resto dell'addome è molle e trattabile, emorragie, melena, ascite, splenomegalia.

Il paziente muore generalmente con sintomi di peritonite od in seguito ad emorragia.

I germi riscontrati nel coagulo variano secondo il momento etiologico: il bacterium coli è frequente, data la sua diffusione nei processi patologici dell'intestino, poi streptococchi, stafilococchi, il proteo, il bacillo prodigiosus, ecc. In un caso in cui si avevano lesioni intestinali di origine actinomicotica, sono state trovate anche le spore dell'actynomicoses.

La natura dell'affezione esige una notevole gravità nella prognosi. Petren, tuttavia, avrebbe raccolto nella letteratura 20 casi di ascesso epatico originati da una pileflebite causata da una flogosi acuta peritoneale, guariti.

Senza voler discutere su questi dati, si può ritenere sulla base delle esperienze cliniche fino ad oggi registrate, che nella maggioranza dei casi, l'esito della pileflebite suppurata è letale.

Forse, oltre ai danni derivanti dalla occlusione portale per il fatto della tromboflebite, un più grave pericolo è costituito dalla formazione rapida di ascessi epatici multipli con distruzione del tessuto epatico, della colemia e soprattutto dalla sepsi generalizzata, fenomeni che superano per importanza l'inceppo, spesso solamente parziale, alla circolazione portale e che perciò hanno preoccupato soprattutto i chirurghi nei tentativi di terapia.

Oltre il consiglio di intervenire precocemente nelle infezioni dell'addome (e questo vale soprattutto per l'appendicite acuta) sono stati consigliati procedimenti vari atti a prevenire l'estendersi della flebite, esistente in uno dei vari rami portalì, al tronco principale. Gerster propose l'apertura e lo svuotamento delle vene trombosate (nell'appendicite le venozze dell'angolo ileo-cecale), Brown la legatura e Wilms la escissione delle vene affluenti (nell'appendicite la ileocolica). Neuhof, di cui abbiamo ricordato precedentemente le ricerche sperimentali, propose la legatura della porta per prevenire il propagarsi dell'infezione del fegato.

Questa operazione è stata praticata da Beer. L'operazione di Wilms è stata seguita dal Wilms stesso con successo; in seguito però, in mano ad altri autori, diede cattivi risultati. D'altra parte le varietà ileo-colica, sono tante che è difficile assicurarsi della legatura di tutti i suoi rami. Brown che si limita alla legatura del tronco principale della ileo-colica, ebbe due successi.

Altri casi (in totale 10) curati con questo metodo e riportati da Weil, Sudeck, Fromme, Hempel, Brutt, ebbero in parte esito buono (7) e in parte infausto (3). Dalla descrizione dei casi si rileva come per quelli guariti si trattava generalmente di stadi iniziali, senza diffusione verso l'alto e quelli gravi rientravano quasi tutti tra i casi letali.

Sulla questione della legatura del tronco della porta ho già accennato in precedenza; oltre ad essere pericolosa per sé può avere effetto solamente nel limitare il propagarsi dell'infezione al fegato, ma non in tutto il resto dell'albero portale con formazione di trombosi delle mesenteriche, spleniche, ecc.

Nessuno dei malati trattati con questa tecnica è sopravvissuto e si deve anche tener conto della gravità dell'intervento in malati già defedati per la peritonite e lo stato di intossicazione grave.

Un solo caso in cui la legatura fu praticata sulla vena mesenterica superiore, al suo sbocco nella porta, sopravvisse per sei settimane. È probabile che in tal caso le anastomosi dei rami della mesenterica cogli altri della porta siano stati sufficienti a scaricare la corrente venosa.

Beer, in un caso di pileflebite streptococcica, cercò di evitare la stasi venosa portale praticando in precedenza una anastomosi fra la vena mesenterica inferiore e la vena spermatica, ma ebbe ugualmente la morte del paziente, 48 ore dopo la legatura della porta.

L'insegnamento che si può dunque trarre dai casi pubblicati è che negli interventi precoci per flogosi acute peritoneali, quando la flebite è limitata ad un piccolo numero di vene prossime al focolaio d'infezione, ci si può limitare all'apertura delle vene o allo svuotamento dei piccoli trombi, come ha fatto Gerster per l'appendicite; nei casi in cui il processo ha progredito, si potrà ricorrere alla legatura della ileo-colica secondo Braun. Questo procedimento ha un valore preventivo rispetto alla pileflebite. Ma quando questa lesione è scoppiata, la legatura in massa della porta, secondo Neuhoef, è da sconsigliarsi.

Forse è meno criticabile praticare l'apertura del vaso e l'estirpazione del trombo secondo Beer, benché i pochi casi finora pubblicati abbiano avuto esito sfavorevole.

Occlusioni croniche della vena porta.

Meno frequenti, ma altrettanto gravi come decorso e come prognosi, sono le trombosi croniche della porta.

I casi pubblicati sono in genere reperti di au-

topsia giacché ben pochi pazienti hanno potuto guarire mercé intervento.

I momenti etiologici che sono stati chiamati in causa, si possono così raggruppare:

1° Malformazioni e anomalie della vena porta le quali predispongono la vena a compressione da parte degli organi vicini specialmente da parte della cistifellea e delle vie biliari a difetti di circolo.

2° Traumi esercitati sulla regione epatica che producono lacerazioni della parte della vena porta di minima entità per sé ma origine di un processo di sclerosi e di trombosi portale (casi di Heller, di Enderlen, di Ponfik). Nel caso di Schmorl, si era prodotto un ematoma delle pareti duodenali che inglobava la porta; in quello di Chiari si erano avuti dei fatti di steatonecrosi pancreatica, con trombosi delle vene pancreatiche, propagatisi poi alla porta.

Un gruppo a parte, benché si tratti di osservazioni rarissime, è costituito da corpi estranei, specialmente ascariidi migranti dalle pareti intestinali.

3° Trombi marantici nei malati cachettici (tubercolosi, cancro).

4° Compressioni esercitate attorno alla porta per tumori degli organi vicini, per calcoli biliari (Loeschmann, Key) per processi flogistici locali (Muller) per gangli linfatici ingrossati, ecc. Poichissimi i casi guariti chirurgicamente col togliere i tessuti flogistici e sclerotici posti attorno al vaso.

5° Affezioni del fegato: cirrosi e lues epatica possono produrre secondariamente una trombosi portale. Botkin in un caso avrebbe trovato i segni di un processo iniziale di cirrosi, con atrofia delle cellule epatiche e ipertrofia del tessuto di sostegno, consecutivo alla piletrombosi.

6° Affezioni della vena porta: com'è noto sino da Virchow, la porta va soggetta a fatti di flebo-sclerosi cronica, che possono dare un inceppo parziale e totale alla circolazione. Secondo le ricerche di Simmond, può coesistere colla cirrosi epatica e può riscontrarsi come lesione primitiva senza alcuna lesione notevole del fegato, e ciò è ancora più frequente. Non raro è anche di riscontrarvi una vera aterosclerosi del tutto paragonabile a quella che si trova nelle arterie, benché in genere la lesione sia localizzata alla porta nei giovani soggetti. Macroscopicamente si nota un sollevamento dell'intima con ispessimento di tutte le tuniche vasali e talvolta delle vere placchette di calcificazione. Alla palpazione la parete vasale dà un senso di rigidità, come di consistenza pergamenata. Questa rigidità e la perdita della contrattilità, costituiscono un inceppo al circolo e con i fatti di degenerazione a carico dello strato elastico della media e di lacerazione consecutiva conducono ad ectasie che si riscontrano molto spesso in questa affezione della porta. Si sono anche

registrati dei casi di rottura improvvisa della porta con morte per dissanguamento.

Più comune è invece che sulle pareti alterate si depositino dei trombi che possono occludere completamente il lume vasale.

Causa di questa flebosclerosi sono la lues, che rappresenta uno dei casi a prognosi meno grave, giacché può migliorare con una cura specifica, l'avvelenamento da piombo, da alcool, ed altre cause tossiche. Si può avere anche nelle splenomegalie, in cui il medesimo agente causale produce l'una o l'altra lesione, nelle cirrosi atrofiche, ecc., ecc.

Solieri ne pubblicò un caso decorso acutamente come peritonite.

Si hanno pure altri casi, decorsi nello spazio di pochi giorni, in cui si ebbe gangrena di tratti intestinali come nella trombosi della mesenterica. Ma, generalmente, decorrono in modo cronico con i segni di un progressivo inceppo al circolo portale, facendo pensare ad una cirrosi epatica. Altre volte simulano una affezione gastrica: v'è dolore sordo all'epigastro, anoressia, svogliatezza, dimagrimento, vomito ematico, melena.

Kuttner ne operò un caso e un altro gli morì in clinica appunto con diagnosi di affezione gastrica.

In progresso di tempo possono sopraggiungere complicazioni acute, come emorragie infrenabili gastriche o intestinali, infarti intestinali, peritoniti, ileo. Ma è più comune che la fine giunga col quadro della cirrosi.

La prognosi, come appare da quanto si è detto, è molto oscura.

Se nei primi stadi quando il lume vasale è occluso parzialmente, si può avere un solo inceppo al circolo. Quando invece la trombosi è totale la morte sopraggiunge a non lontana scadenza tranne che nei casi ben rari in cui si possono stabilire delle supplenze funzionali per le vie anastomotiche, o che possano risentire un vantaggio dalla cura specifica quando si tratti di luetici.

OCCLUSIONI SECONDARIE DELLA VENA PORTA.

Nei processi che ho esaminato finora si trattava di stasi derivante primitivamente dal fatto delle occlusioni stesse, sia acute che croniche con ascite conseguenziali.

Nelle cirrosi invece l'ascite è determinata dalla stasi nelle radici della porta, stasi che è conseguente a malattia del fegato.

La cirrosi atrofica di Laennec ha certamente il privilegio di rappresentare la forma fondamentale delle cirrosi epatiche.

Occorre però distinguere l'ascite della cirrosi da quella della trombosi e questo anzitutto da un punto di vista clinico poiché la prima decorre lentamente e senza dolori, mentre la seconda si produce bruscamente e si accompagna a violenti dolori ed emorragie gastro-intestinali.

L'ascite della cirrosi atrofica insorge rapidamente solo in via del tutto eccezionale.

È noto come disturbi del fegato cirrotico per la stasi nello scambio dei liquidi organici di cui l'ascite è la manifestazione più imponente, costituiscano più che semplici segni della malattia, fattori importanti della malattia stessa, venendo a formare una vera e propria sindrome, che decorre accanto a quella della cirrosi epatica e che è un notevole fattore del precipitare del malato verso l'esito letale.

Che la ostruzione del circolo portale possa costituire di per sé un quadro morboso da ascite con segni che si possono attribuire alla cirrosi, lo dimostrano i casi di tumore della testa del pancreas, con metastasi ghiandolare che comprimono la vena, di tubercolosi, di sifilide, di sierosite multipla cronica, in cui la ostruzione della vena porta si compie al di fuori del fegato che per sé è normale; mentre si ha un insieme di disturbi come le emorragie, le alterazioni nelle funzioni intestinali e gastriche, la cachessia progressiva dell'organismo, che sono appunto le manifestazioni più inquietanti della cirrosi.

D'altro canto i casi di cirrosi senza ascite hanno decorso di gran lunga più lento e molto più mite per il malato.

ANTICA E MODERNA TERAPIA CHIRURGICA DELLE CIRROSI E DELLE OCCLUSIONI DELLA VENA PORTA IN GENERE.

Qualche volta le risorse naturali dei malati spiegano l'azione efficace per alleviare il disturbo di circolo base di qualsiasi occlusione della porta, avviando la corrente venosa per vie preformate.

Infatti, come ho già detto, un trasudato può essere riassorbito dai linfatici del peritoneo e del diaframma ed eliminare così l'ascite.

Ma questi casi sono purtroppo assai rari, motivo questo per cui si è cercato di creare nuove vie artificiali di deflusso al sangue portale.

Si è visto infatti che quando chirurgicamente si sono potute stabilire vie artificiali di deflusso, anche il fegato ha ripreso a funzionare in modo migliore, giacché era liberato dal sovraccarico di sangue portale.

I pochi casi di cirrosi operati da Talma con successo, sopravvissero all'intervento un lungo periodo di anni 12-15 e più, mentre sappiamo che lo stadio ascitico della cirrosi, non comporta un periodo di vita superiore ad uno o due anni.

Le ricerche sperimentali hanno d'altra parte dimostrato come la estirpazione di circa 3/4 di fegato è compatibile con la vita e l'esperienza clinica ci ha appunto insegnato come i casi di voluminose cisti idatidiche del fegato, i casi di tumori benigni (anche se di grande estensione come gli angiomi, in cui buona parte del parenchima è distrutto) non presentano segni di insufficienza epatica.

D'altra parte già le antiche esperienze del Mikowski avevano posto in luce la parte che l'arteria epatica ha nell'apporto di materiale al fegato

per cui è probabile una sua funzione di relativa supplenza nei casi di ostruzione portale.

È dunque logico che se al cirrotico si potesse togliere, l'ostacolo al deflusso del circolo portale e liberare così il fegato dalla stasi dei liquidi, si avrebbe un prolungamento di vita di vari anni, ed un sollievo notevolissimo alle sue sofferenze.

La ricerca di tali vie al deflusso venoso ha costituito dunque una ben giusta preoccupazione di medici e di chirurghi in questo ultimo trentennio, ma è necessario riconoscere come i mezzi fino ad ora proposti od eseguiti, non hanno corrisposto a tutte le esigenze richieste.

La diretta comunicazione tra la porta e la cava inferiore, nota tra i fisiologi come, la fistola di Eck, è stata proposta, nel trattamento delle asciti, da Tansini, il quale fece eseguire nella sua clinica lavori sperimentali e ricerche anatomiche intesi a modificare la tecnica originale di Eck per renderla adattabile all'uomo (1906). (Medianate una anastomosi termino-laterale tra cava e porta).

Il primo ad applicarla all'uomo fu però Vidal di Angers.

Questo chirurgo riferì al Congresso francese di Chirurgia, di essere ricorso a questo intervento per non aver potuto eseguire l'omotopessia, dato che l'omento era retratto ed anche in considerazione delle buone condizioni del soggetto e per la sua giovane età.

Questi però sopravvisse solo 4 mesi, e morì, secondo il Vidal, a causa di una infezione enterogena.

Il Vidal, dopo questo primo insuccesso, non eseguì più questo intervento, ed anzi si dimostrò contrario.

Ricordo anche un altro tentativo di Thierry e De Martel riuscito anch'esso inutile.

Bisogna arrivare al 1912 per trovare il primo successo. In quella data infatti Rosenstein eseguì la anastomosi laterale della vena cava inferiore con la vena porta ed ottenne una lunga sopravvivenza del malato.

Altri due casi importanti sono quelli di Bogoraz che abboccò la vena mesenterica alla cava e quello di Krestowski, tutti e due con esito soddisfacente.

Villard e Tavernier abboccarono la mesenterica superiore all'ovarica destra, ma l'orifizio anastomotico si occluse a causa di un trombo.

Perciò, io e Lozzi, ritenemmo, nel '32, questi risultati sporadici e l'applicazione della fistola di Eck all'uomo, un vero e proprio virtuosismo chirurgico, in cui il buon esito sarebbe dipeso da fattori estranei alla capacità del chirurgo.

Contrariamente a questo concetto espresso nel '32, a soli 6 anni di distanza, ritengo che il successo non dipenda da fattori estranei alla capacità del chirurgo, ma che si tratti essenzialmente di una questione di tecnica.

Una volta stabilita quale sia la tecnica migliore da seguirsi e seguita questa con precisione, ri-

tengo l'anastomosi porta-cava una operazione che può entrare a far parte dell'ordinario trattamento delle cirrosi.

È ovvio che il chirurgo dovrà prima acquistare una certa pratica di chirurgia vasale ed eseguire prima opportune ricerche, sia sugli animali che sul cadavere.

Circa altri tentativi usati da differenti chirurghi oltre alla fistola di Eck, ricordo quello di Moynihan che consigliava di legare i tronchi secondari della mesenterica inferiore affinché la stasi venosa risultante favorisse la formazione di vie di comunicazione accessorie tra il sistema porta e quello della cava.

Questo procedimento è assolutamente discutibile, in quanto che se non esistono condizioni anatomiche atte a sviluppare delle anastomosi sufficientemente ampie, non si comprende come la legatura delle vene mesenteriche possa agire, tanto più che la stasi negli ascitici esiste già ed in grado notevole e la legatura potrà solamente aggravarla.

Quando poi esistono le condizioni anatomiche favorevoli la stasi, dovuta alla cirrosi epatica, potrebbe essere di per sé stimolo sufficiente allo sviluppo delle anastomosi stesse.

Del resto lo stesso Moynihan dice di non sapere quali effetti abbiano avuto tali legature; solo si limita ad aggiungere che non furono nocive.

Fra le tante vie che si sono tentate per deviare i liquidi accumulati nell'addome si possono ricordare anche le seguenti:

Castle ha innestato il capo periferico del tratto della safena interna vicino allo sbocco nella femorale, nel cavo addominale perché funzionasse da drenaggio del liquido ascitico nel grande circolo. Questo originale intervento, che è anche noto col nome di operazione di Ruotte, non ha avuto molti seguaci. Inoltre, secondo Berezkin, che lo praticò in un caso di cui fece in seguito la necropsia, la vena si oblitererebbe facilmente e agirebbe solo come stimolo alla formazione di nuovi vasi.

Tavel drenò il cavo addominale con un tubo di vetro che pescava nello spazio sottocutaneo delle pareti addominali. Molti metodi proposti consistono essenzialmente nel deviare la corrente di liquidi provenienti dalla vena porta nella grande circolazione linfatica dell'organismo.

W. S. Handley impiegò dei fili di seta in cui un capo pescava nel peritoneo in prossimità del mesocolon destro o nella fossa iliaca, mentre l'altro capo giungeva fino al tessuto sottocutaneo della coscia attraverso il legamento di Poupert.

Kalb in Russia propose qualche anno fa di eseguire il drenaggio del liquido ascitico nello spazio, sottocutaneo lombare attraverso il peritoneo posteriore.

Egli fa passare fili del drenaggio attraverso il triangolo del Petit bilateralmente, ma associa a questo procedimento l'operazione di Tahna. Ciò denota che lo stesso autore non ha una fiducia completa nel suo metodo.

In Russia, dove a motivo del dilagare dell'alcolismo la cirrosi è assai diffusa, ne sono stati pubblicati circa 50 casi, di cui una parte avrebbe avuto esito favorevole; ma non si può discernere quanto nei casi positivi il buon risultato sia da ascrivere all'operazione di Talma e quanto all'operazione di Kalb.

La modificazione di Schiassi, che fa passare l'omento attraverso ad una breccia del peritoneo e dei piani muscolo-aponevrotici e lo fissa nel sottocutaneo, è stata da molti applicata (Ciminata).

Dziembowski ha proposto il drenaggio peritoneale nella vescica attraverso un occhiello del peritoneo fissato alla vescica stessa ma, sebbene l'autore riporti un caso con esito favorevole, egli espone il peritoneo alla filtrazione di urina eventualmente infetta!

Moyntian aveva proposto la legatura dell'arteria epatica allo scopo di diminuire la vascolarizzazione del fegato e inibire la neoformazione del tessuto connettivale.

Egli consigliava di legare i due rami separatamente, essendo più agevole e meno pericolosa la legatura dopo la biforcazione del tronco principale.

Filrow invece propose di diminuire la circolazione gastro-intestinale allo scopo di abbassare la quantità di liquidi che si versano nel cavo addominale.

Krassovitov riportò un caso in cui secondo questo metodo aveva legato l'arteria gastro-epiploica e la gastrica sinistra e tre rami della vena mesenterica inferiore, pare con qualche successo.

Il buon risultato che si è ottenuto con la splenectomia nei casi di morbo di Banti, e in altre anemie spleniche con cirrosi, ha indotto qualche chirurgo a tentare questa operazione nei casi di cirrosi atrofica. Certo la milza porta un cospicuo contributo di sangue al circolo portale (nell'organismo normale un settimo circa, e può aumentare in condizioni patologiche), ma la splenectomia, viene spesso ad interrompere comunicazioni vasali del circolo portale col circolo generale che si sono stabilite attraverso aderenze della milza.

Certo che i pochi casi operati hanno deluso le speranze del chirurgo e questo intervento, che nei cirrotici si presenta di notevole gravità, non è più stato eseguito.

Non è il luogo di descrivere diffusamente il trattamento chirurgico dell'ascite più noto e seguito, quello dell'omentopessia con le varie modificazioni, di cui la più nota è quella già detta di Schiassi. (Questi ha anche unito la splenopessia alla fissazione dello omento al di fuori del peritoneo). La preferenza accordata dai chirurghi è dovuta alla sua grande semplicità e alla brevità del tempo richiesto per compierlo, argomento di non lieve importanza, trattandosi di malati dotati di scarsi poteri di resistenza.

Malgrado ciò, Monproffit ha trovato, su 213 casi, 44 morti consecutivi immediatamente all'intervento,

D'altro lato nei casi in cui si formano nuovi vasi in quantità sufficiente, e per ciò possono anche occorrere molti mesi (Donati), si ha un miglioramento sensibile nelle condizioni generali del malato ed anche una lunga sopravvivenza.

Ma questi casi sono purtroppo rari; nella maggioranza anche superati i pericoli immediati dell'operazione, si può sperare al più in un miglioramento di durata variabile e generalmente non superiore ai tre anni.

Quanto ai rischi operatori, sono da ricordare lo choc, la peritonite, la deiscenza dei margini della ferita. Questo inconveniente è dovuto al fatto che è necessario un periodo di tempo notevolmente lungo alla formazione dei nuovi vasi; in questo periodo, mentre il malato subisce tutti gli inconvenienti dell'intervento non è ancora in grado di usufruirne i vantaggi!

Sono note le gravi conseguenze che questa complicazione post-operatoria porta con sé. D'altra parte per la formazione di queste nuove vie venose, ci si deve affidare esclusivamente alla capacità reattiva e neoformativa dell'omento e del peritoneo cruentato.

Ma le condizioni di questi tessuti, che spesso sono alterati in notevole grado, non ci permettono una sicurezza ben fondata su tale capacità. Ed in effetto, nella maggior parte degli operati, tali tronchi venosi si sono formati in così scarsa misura da non costituire un sufficiente aiuto alla circolazione portale.

Scorrendo le statistiche pubblicate, si può rilevare come due terzi delle operazioni di Talma, hanno avuto successo scarso o nullo.

E calcolando la mortalità relativamente alta di questo intervento, si comprende come venga considerato dalla maggioranza dei chirurghi senza un soverchio entusiasmo.

Rimane da considerare brevemente il valore pratico degli altri metodi, intendo di quelli sui quali vi è un'esperienza sufficiente. Il drenaggio nel sottocutaneo, che viene eseguito con vari metodi ispirati al medesimo concetto, presuppone per il suo successo da un lato una notevole pressione da parte del liquido contenuto nell'addome e quindi la persistenza di un notevole grado di ascite, dall'altro una capacità di assorbimento da parte del tessuto sottocutaneo non solo dell'acqua e dei sali, ma delle albumine e dei principii organici contenuti nei liquidi ascitici, capacità che dovrebbe essere indefinita, ma che in realtà è molto esigua.

Pertanto è avvenuto nella gran parte dei casi quello che era da aspettarsi: che l'ascite è diminuita solo in piccola parte e il drenaggio nel sottocutaneo ha funzionato assai debolmente.

Quanto poi alla fistola di Eck, essa rappresenta certamente in teoria un intervento che meglio può riparare la occlusione portale in quanto il deflusso avviene direttamente nella vena massima nel grande circolo e così gli effetti benefici, sia per quanto riguarda la ascite, sia per quanto riguarda

da la circolazione e nutrizione del parenchima epatico, si fanno sentire immediatamente.

Nel '32 però ritenemmo questo intervento di difficile applicazione tanto più come operazione di chirurgia corrente, e pensammo se non fosse vantaggioso un metodo che pur seguendo il concetto di anastomizzare i due sistemi porta cava evitasse le difficoltà di carattere tecnico della fistola di Eck.

Come ho già detto Thierry e De Martel avevano tentato di battere questa via ma la mesenterica si era trombata nel punto di innesto della ovarica.

E si pensò che fosse utile agli effetti del circolo, innestare la mesenterica su un tronco di calibro molto maggiore della mesenterica stessa e prossima alla vena cava onde meglio sentisse gli effetti della pressione negativa dell'atrio destro, in modo da ristabilire la circolazione con il vantaggio lontano di rendere meglio rispondente il drenaggio venoso e quello immediato di evitare possibilmente la formazione di trombi.

Le due vene che meglio rispondono a tali vedute sono, le renali e le iliache primitive.

Questo in teoria in quanto le renali situate profondamente, sono spesso assai brevi ed in prossimità di nodi nervosi e di organi di maggior importanza, per cui non sono da prendere in considerazione.

Le iliache, soprattutto le iliache esterne, già poco profonde all'origine, hanno il vantaggio di rendersi sempre più superficiali man mano che si avvicinano alla arcata di Poupart, mentre gli interventi in questa regione dell'addome, sono di gran lunga meno gravi che nelle parti alte.

Anche la chiusura delle pareti addominali ivi è assai più facile che non a livello della zona media e alta dell'addome.

Nelle ricerche sperimentali scelsero l'arcata del sigma e colon discendente come quella che è di calibro più cospicuo e si trova già normalmente ad incrociare l'iliaca, cosicchè nessuna trazione si deve esercitare per stabilire la anastomosi.

L'anastomosi fu praticata termino-laterale interrompendo l'arcata mesenteriale e preparando un monconcinco di vena che fu innestata alla vena iliaca comune sinistra.

Gli animali che sopravvissero a questo intervento non presentarono nulla di particolare nel loro decorso e in alcuni casi, dopo il sacrificio di alcuni animali, si trovò l'anastomosi pervia.

La funzione epatica saggiata prima e dopo l'intervento non aveva subito apprezzabili variazioni.

Perciò Ghiron nel 1931, in quattro casi di cirrosi atrofica del fegato con un'ascite imponente applicò sull'uomo questo intervento facendo però in tre casi l'anastomosi anzichè a sinistra a destra, ossia fra la vena iliaca destra e un ramo della ileocolica.

Questi interventi riuscirono sommamente indaginosi, non essendosi riuscito a praticare l'anastomosi fra il piccolissimo ramo, portale preparato e la iliaca e terminarlo con la legatura rispettiva

dell'iliaca e del muscolo, e altre due con l'avvicinamento del monconcinco preparato all'occhiello dell'iliaca suturata.

Gli esiti immediati e a distanza furono disastrosi.

ESPERIMENTI E STUDI DI UN NUOVO TIPO DI ANASTOMOSI LATERO-LATERALE CAVA INFERIORE GRANDE MESENTERICA.

Per gli insuccessi descritti e per la difficoltà tecnica di applicare i suaccennati metodi ai cirrotici, studiai con Lozzi, se non fosse più chirurgico e più semplice sperimentare un tipo di anastomosi tra la vena mesenterica superiore e la cava inferiore.

Seguimmo in parte, a questo proposito, le direttive di Bogoraz, Rosenstein e Krestowski.

L'intervento di Rosenstein consiste, come ho già detto: in una anastomosi fra la cava inferiore e la vena porta.

Questo intervento, eseguito nel 1912, costituisce certamente un virtuosismo chirurgico, anche per lo specialista di chirurgia vasale e noi non lo ritenemmo perciò inadatto ad entrare tra i metodi sistematizzati della chirurgia.

Ci sembravano invece più accessibili i metodi eseguiti con qualche piccola variazione fra loro, da Bogoraz, sempre nel 1912 e da Krestowski nel 1926 che consistevano in una anastomosi termino-laterale tra il cavo periferico della grande mesenterica e la vena cava inferiore al livello del margine inferiore della terza porzione del duodeno.

Disgraziatamente, questi due interventi, pure seguiti da un risultato operativo brillante, sono rimasti a rappresentare gli unici tentativi chirurgici del genere mentre, se applicati con indicazione precisa e da mani esperte, si sarebbero potuti moltiplicare con beneficio dei cirrotici.

Con il Lozzi perciò ho studiato una anastomosi simile a quella praticata dal Bogoraz e da Krestowski, prima sperimentalmente su cani, poi su una scimmia e poi con ricerche sul cadavere, cercando di stabilire la tecnica migliore, più facile e meno pericolosa da applicare all'uomo.

La parte sperimentale su cani fu eseguita con soggetti di grossa taglia, in ottime condizioni generali, ai quali in precedenza erano state saggiate le principali funzioni epatiche.

L'intervento veniva eseguito in anestesia generale morfieterea e condotta con tutte le regole dell'asepsi.

Laparatomia ad L. mainscola rovesciata con branca longitudinale sulla linea mediana e la orizzontale trasversalmente che raggiungeva il fianco destro.

Descrivo l'intervento eseguito:

Si respingono con compresse bagnate in soluzione fisiologica calda le anse intestinali con il loro mesenterio verso sinistra in basso, in maniera di mettere allo scoperto la vena grande mesenterica che decorre anteriormente alla cava sulla

faccia posteriore del mesenterio inclusa in un doppio foglietto peritoneale, e la sottostante vena cava inferiore.

Si prepara per un tratto di cinque centimetri, la vena mesenterica superiore, badando di non sezionare le vene afferenti, preparazione, una volta liberata dal peritoneo, di un uguale tratto, della cava immediatamente al disotto lo sbocco delle renali.

Si pinzetta con un angiostato curvo a branche flessibili un tratto della parete anteriore della vena cava, in maniera da non interromperne la continuità comprendendo nello stesso angiostato un tratto di uguale lunghezza della mesenterica cercando possibilmente anche qui di non comprenderla tutta.

Si pratica un'occhiello di lunghezza uguale, longitudinalmente all'asse, sui due tratti di vena preparati per un tratto di un centimetro e mezzo.

Si pratica quindi con seta sottilissima paraffinata, ed aghi curvi atraumatici, l'anastomosi con sutura e sopraggiunto dei due occhielli venosi.

In genere basta questo solo strato di sutura e solo in casi eccezionali bisogna aggiungere qualche punto di rinforzo.

Questo piano di sutura non ha nulla di diverso di quello che si fa nel piano a tutto spessore in caso di gastro-enterostomia.

Completata la sutura si toglie l'angiostato e si ha in un primo tempo un gemizio di sangue, proveniente dai fori prodotti dall'ago che generalmente si arresta rapidamente con la semplice compressione di garza bagnata nella soluzione fisiologica calda. Controllata la perfetta tenuta dell'emoasi, si produce un centimetro al di sopra dell'anastomosi, una forte stenosi del lume della mesenterica superiore, in maniera da determinare un ostacolo al circolo normale e favorire un deflusso di sangue verso la cava.

Questa stenosi viene determinata mediante due o tre punti di seta passata a tutto spessore, comprendendo un tratto di parete della vena.

Si suturano quindi le pareti addominali in triplici piani, la stenosi eseguita nell'ultima operazione, veniva sperimentalmente creata per realizzare, in un certo qual modo, la stasi del circolo portale.

I cani operati in questa maniera nei giorni seguenti venivano tenuti in una dieta leggera e non mostravano di risentire eccessivamente dell'intervento.

In settima od ottava giornata si praticava la prova della funzionalità epatica per mezzo del Rosa del Bengala.

In questa maniera operammo dieci cani di grossa taglia, di cui due morirono per infezione peritoneale.

I soggetti che avevano resistito all'intervento, venivano sacrificati in tempo vario, venti o trenta giorni dopo, per controllare la pervietà dell'anastomosi e le condizioni del circolo.

Inoltre operammo una Amadiade fibica della

razza dei cinocefali, per cercare di avvicinarci sempre più alle condizioni anatomiche dell'uomo.

L'intervento fu condotto con la stessa tecnica, però la mesenterica si dovette cercare passando al disotto del mesocolon trasverso, subito sotto il margine inferiore della terza porzione del duodeno e preparandola nello spessore del mesenterio.

L'accostamento della mesenterica e la cava di questo caso non era così spontanea come nel caso dei cani, per cui è stato necessario preparare un tratto più lungo della vena. Il resto dell'operazione fu condotto con la stessa tecnica adottata per i cani ed abbiamo potuto ottenere un'ampia anastomosi latero-laterale.

L'intervento fu brillantemente superato dal soggetto in questione, che, salvo un leggero abbattimento nei primi due giorni, ne risentì pochissimo.

Incoraggiati da questi successi sperimentali e seguimmo delle ricerche sui cadaveri, allo scopo di precisare la tecnica migliore da seguire nella applicazione del metodo all'uomo e precisammo le seguenti modalità:

Il paziente va messo in decubito supino, con un cuscino che rialzi leggermente la base del torace, come nella posizione per il fegato.

Laparotomia mediana che si estende quattro dita sopra e sotto la cicatrice ombelicale. L'intestino tenue viene respinto in basso verso sinistra in maniera da spiegare l'origine del mesenterio mentre il colon trasverso viene sollevato verso l'alto.

Riconosciuto il margine inferiore del Pancreas e sulla linea mediana sotto di esso, l'arteria mesenterica superiore dalla pulsazione, si pratica un mezzo centimetro a destra dell'arteria una incisione longitudinale sul foglietto peritoneale del mesenterio e mesocolon.

Si prepara un tratto di vena grande mesenterica con delicatezza e precisione senza ledere le numerose affluenti. Si approfonda quindi l'incisione per via ottusa fino a giungere nella faccia anteriore della cava inferiore che sta in mezzo e più profondamente e se ne prepara un tratto conveniente (4 o 5 cm.).

Il punto più conveniente per la mesenterica per fare l'anastomosi, è il tratto immediatamente sopra allo sbocco della vena colica media destra ove dalla faccia destra non riceve più affluenti. Il punto più conveniente dalla cava è il tratto immediatamente sotto lo sbocco delle renali.

Non è difficile portare a contatto la cava con la mesenterica e tenerla unita con un angiostato curvo da noi espressamente fatto fabbricare.

In questo momento si può benissimo fare a meno di interrompere temporaneamente la circolazione della cava e della mesenterica. L'occhiello che si pratica longitudinalmente sulle due vene, deve essere lungo 15 mm.

L'anastomosi viene fatta con aghi atraumatici e con seta 0. 0, vasellinata, mediante un sopraggiunto continuo rinforzato solamente alle due commisure con un punto di arresto.

Non è necessario fare che un solo strato. Si ricostruisce la breccia mesenteriale, dopo avere controllato per circa 6 m. la pervietà e continenza dell'anastomosi e si chiude la parete a strati.

L'intervento così proposto infatti non presenta difficoltà accessive per un chirurgo esperto in chirurgia vasale. Esso fu infatti applicato da Lozzi una volta sull'uomo con successo (Alessandri).

Il malato fu scelto e furono esclusi quelli defedati con funzione epatica compromessa e condizioni di circolo spesso non buone.

Ma questo intervento non è stato più eseguito.

STUDIO SUL CADAVERE UMANO DELL'ANASTOMOSI VENA PORTA - CAVA.

Dal 1912, anno in cui Rosenstein comunicò alla Società Tedesca di chirurgia un caso di cirrosi operato di fistola di Eck e sopravvissuto 6 mesi all'operazione, i contributi a questo tipo di interventi sono scarsissimi.

Da una parte lo stato grave degli ammalati che dovrebbero essere sottoposti a questo tipo di operazione, dall'altro la gravità dell'intervento, sono stati di ostacolo all'avanzare di questo ramo della chirurgia.

È vero che i progressi della tecnica o per meglio dire dei tecnici della chirurgia non fanno più arrivare a due ore e mezzo la durata dell'operazione, come riferì Rosenstein, ma trattasi sempre di un campo operatorio profondo e, come diremo, molto delicato.

L'incisione mediana xifo-ombelicale è la più adatta, meglio se prolungata al di sotto dell'ombelico in maniera di avere a disposizione una breccia ampia. Si solleva il fegato in alto; anzi si respinge in alto con un divaricatore ampio, si attrae in basso il piloro e il duodeno in maniera da mettere in evidenza il legamento epato-duodenale e l'ilo del fegato.

La vena porta decorre in dentro del dotto coledoco; la si deve preparare. Nei cirrotici però, l'ilo epatico non è libero; esso è immerso in un connettivo sclerotico che rende difficile la preparazione della porta la quale, essendo dilatata e ispessita, risulta appariscente, più che nei soggetti normali. La preparazione richiede estrema cautela per non ledere il coledoco e l'arteria epatica.

La vena cava giace al di sotto, ricoperta dal peritoneo parietale. Per prepararla, occorre incidere questo. La vena cava è circondata da tessuto connettivo che può essere lasso ovvero sclerotico. Nel primo caso, la preparazione della grossa vena è più facile, ma nel secondo, si corre il rischio di strapparla. Nei cirrotici il processo di pyleflebite si estende al connettivo retroperitoneale dando luogo al tessuto connettivo sclerotico di cui ho detto.

Preparata la vena cava, si cerca di mobilitarla per avvicinarla alla vena porta. Vicini che siano i due grossi vasi, si applica un angiostato curvo e si afferra un lembo di vena porta da una parte

e di vena cava dall'altra, in direzione longitudinale. *La posizione dello strumento risulta analoga a quella che assume l'enterostato per una entero-enterostomia-latero-laterale.* Si procede con aghi per sutura vasale, alla sutura posteriore e poi a quella anteriore.

Per quanto riguarda la dimensione della anastomosi, è certo che per fare un'anastomosi ampia occorre un'estesa preparazione e mobilitazione della cava e della porta. Ciò talora riesce impossibile. Se, invece, la bocca anastomotica sarà meno ampia, allora l'avvicinamento dei due grossi vasi risulterà meno difficile.

Ma, ai fini dell'esito dell'operazione, non è l'ampiezza dell'anastomosi che ha valore; invece è la pervietà della bocca anastomotica che si dovrà conseguire; per la qual cosa tutto dipende dalla finezza della tecnica onde evitare la trombosi.

Dalla descrizione che abbiamo dato della tecnica, appare chiaro che mediante l'uso dell'angiostato si evita di mettere dei lacci provvisori a monte e a valle, lacci che interrompono per un tempo più o meno lungo il circolo della cava.

Oltre a ciò per applicare i lacci come ha fatto Rosenstein, bisogna preparare per una estensione maggiore i vasi e la preparazione aumenta il pericolo della successiva trombosi.

CONCLUSIONI.

Da quanto esposto posso giungere alle seguenti conclusioni:

Nel tentativo di studiare un mezzo di cura che permetta il deflusso del sangue dal sistema della vena porta in caso di ostruzione e specialmente in caso di cirrosi atrofica di Laennec, ho studiato sul cadavere un tipo di anastomosi latero-laterale fra vena porta e vena cava inferiore, anastomosi che mi sembra più pratica di quella mesenterica superiore-cava inferiore.

RIASSUNTO.

L'A. studia anzitutto la rete anastomotica tra vena porta e grande circolo ed esclude la possibilità di supplenza in questa in casi di ostruzione della porta. Descrive le occlusioni primitive acute e croniche e le occlusioni secondarie tra cui la cirrosi atrofica di Laennec. Esamina le possibilità del chirurgo nei casi di occlusione primitiva da processi acuti.

Per quanto riguarda le occlusioni secondarie ricorda tutti i tentativi fatti per combattere l'ascite, dall'operazione di Talma a tutti i tipi di drenaggio e di anastomosi del circolo portale con il grande circolo tra cui anzitutto la fistola di Eck.

Descrive inoltre un tipo di anastomosi tra mesenterica superiore e cava inferiore escogitato e studiato con Lozzi nel 1932 ed sperimentato poi sui cani e su una scimmia. Ne descrive la tecnica usata con il Lozzi che l'ha applicata una volta sull'uomo con successo.

Ritene però che anche questo tipo di intervento sia ormai sorpassato e che dato lo stato attuale della tecnica chirurgica si possa anastomizzare direttamente la cava con la porta, seguendo in parte la tecnica di Rosenstein che l'ha applicato per il primo sull'uomo. Modifica la tecnica studiandone le modalità sul cadavere.

PRINCIPALI AUTORI E LAVORI CITATI.

- BAUMGARTEN: « Ueber des offenbleiben der vena Umbilicalis » 1822) Med. Centrbl.
- BOGORAZ: « Wratoh », 1913.
- BUROW: « Beitrag Z. Gefasslehre des Foetus Muller's Arch. », 1838.
- CRUVELLIER: « Anatomia Patologica », Firenze. 1838.
- DONATI: « La chirurgia dell'addome », 1914.
- GIACOMINI: « Sopra una ampia comunicazione della porta con l'iliaca d. ». Atti dell'Accademia medica di Torino, 1873.
- KRESTIOWSKY: « Ascite. Anastomose de la veine mésentérique supérieure et de la veine cave. Guérison ». Paris Méd., Anno 1917.
- MOYNIHAN: « The future of Surgery (Med. J. and Tee. 133, 365, 67).
- ROSENSTEIN: « Congresso della Soc. Tedesca di chirurgia », 1912.
- RUOTTE: « Société de chirurgie de Lyon », 1907 « Lyon Chirurgical, 1910).
- SAPPEY: « Trattato di Anatomia ».
- SCHIASSI: « La deviazione del sangue portale », tip. Gambolini. Bologna, 1907.
- TALMA: Vedi Bunge Talma Drummond Operation Jena 905, 1904.
- TAROZZI: « Memorie della Regia Acc. di Scienze, Lettere ed Arti in Modena ». Serie III, Vol. XII, 1915.
- VILLARD e TAVERNIER, citati da Donati.

7109





