

Amagiu dell'it.

R. Ospedale dei SS. Cosimo e Damiano in Pescia

Gastrectomia parziale cilindrica piloro-gastrica in donna
gravida al 3° mese. — Considerazioni sui vari
metodi di resezione gastrica

per il

Dott. Achille Boari

libero docente di anatomia chirurgica e corso di operazioni
nella R. Università di Roma, chirurgo primario.

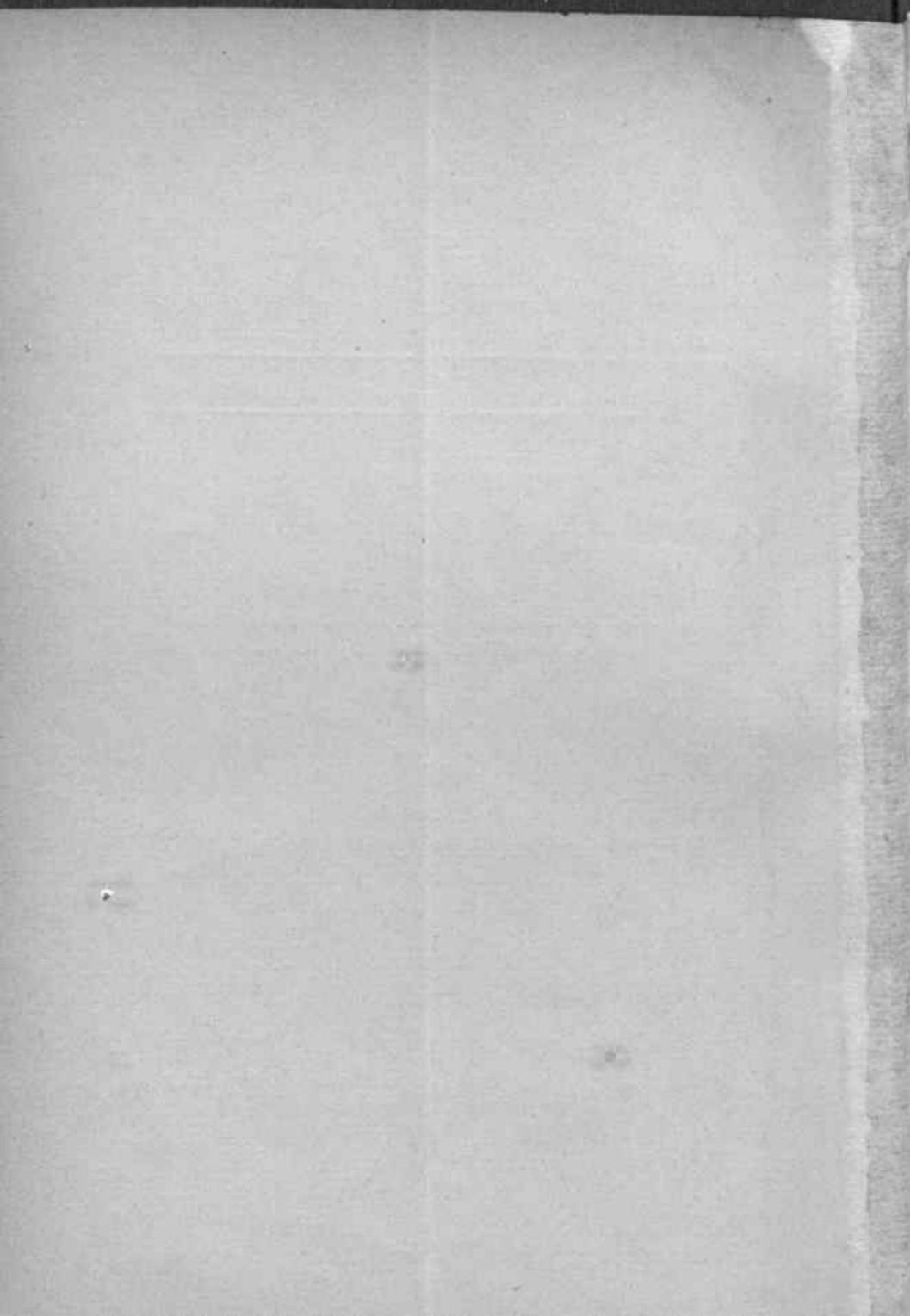
(Estratto dalla *Clinica Moderna*, Anno X, n. 10.)



FIRENZE

TIPOGRAFIA LUIGI NICCOLAI

—
1904



Muse FLT 16/4



h

R. Ospedale dei SS. Cosimo e Damiano in Pescia

Gastrectomia parziale cilindrica piloro-gastrica in donna
gravida al 3° mese. — Considerazioni sui vari
metodi di resezione gastrica

per il dott. **Achille Boari**

libero docente di anatomia chirurgica e corso di operazioni
nella R. Università di Roma, chirurgo primario.



La gravidanza non è una controindicazione assoluta all'intervento chirurgico nelle malattie dello stomaco.

Nel seguente caso una pilorectomia e resezione gastrica col secondo processo di Billroth, eseguita nel terzo mese di gestazione, non ha turbato il fisiologico sviluppo del feto nella cavità uterina.

Alla storia clinica farò seguire alcune considerazioni sui vari metodi di resezione gastrica.

Anamnesi. — Maria Tonietti, d'anni 28, di Stiappa, fu ammessa nell'Ospedale di Pescia il 18 luglio 1901. Il padre dell'inferma morì di tumore di stomaco (cancro), la madre, i fratelli e le sorelle sono viventi e sani. L'inferma, mestrata a 18 anni, fu sempre ben regolata, ebbe

4 gravidanze seguite da 4 parti fisiologici. Dei 4 figli, due sono viventi e sani, due morirono in tenera età. L'anamnesi remota risultò completamente negativa. La malattia che travagliava la nostra inferma erasi iniziata nell'ottobre dell'anno primo, e cominciò con un senso di peso allo stomaco dopo l'ingestione del cibo, perdurò per 3 mesi e si mitigò in seguito a varie cure interne, ma ricomparve, e, alla sensazione di difficoltà passaggio del cibo per il piloro, si aggiunse vomito ostinato e ribelle. Il vomito avveniva abitualmente 3 o 4 ore dopo il pasto, in media tre volte al giorno, essendo abituata a tre pasti quotidiani. Il primo pasto, delle ore 8, era seguito dal vomito dopo 3 o 4 ore; il secondo pasto, delle ore 14, era trattenuto per solito più a lungo nello stomaco, e veniva in parte rigettato sul far della sera; il terzo pasto era rimesso nella notte o nelle prime ore del mattino. Questo stato di cose ha continuato fino al giorno in cui l'inferma entrò in ospedale. Essa mangiava con avidità, ma, 3 o 4 ore dopo, si sentiva ripiena, avvertiva peso e molestia alla regione gastrica, quindi eruttazioni acide, movimenti peristaltici ed antiperistaltici, ai quali seguiva il vomito. L'evacuazioni intestinali erano tarde e si effettuavano con stento ogni 3 o 4 giorni in seguito a clisteri. Le feci erano formate e molto consistenti. Fu abituata a mangiare abbondantemente e in fretta e ad ingerire il cibo caldo, qualche volta scottante. Affermava la paziente di essere molto dimagrata da circa un anno. Nel settembre del 1900, essendosi pesata per curiosità, essa ricorda che era kg. 65, mentre il 30 luglio 1901 fu pesata nell'ospedale di Pescia e fu trovata kg. 56.

Esame. — Durante i 5 giorni che precedettero l'atto operativo, l'inferma fu sottoposta alla dieta lattea e alla gastrolusi.

Vomito. (Esame chimico eseguito dal prof. Martini).
« Quantità cc. 1850 — torbido — scuro, quasi nero —
« odore debolissimo, non cattivo — filtrato dà un liquido
« quasi incolore, acido alla carta di tornasole; dà debolis-
« sima reazione alla carta di rosso Congo, ma essa è da
« attribuirsi piuttosto che all'acido cloridrico libero ad
« abbondanza di acidi organici (acido lattico), non essendo
« confermata la presenza dell'acido cloridrico né dal sen-
« sibilissimo reattivo di Gunzburg, né dal violetto di me-

« tale ecc. L'acidità è lattica, poichè l'acido lattico è invece apparso manifestissimo alla reazione dell' Uffelmann
« praticata direttamente sul liquido filtrato e sull'estratto
« etereo.

« Non sembrano presenti né l'acido acetico, né l'acido
« butirrico, mancando assolutamente l'odore di essi tanto
« nel vomito, quanto nel residuo del trattamento etereo ».

Anche otto ore dopo il pasto di prova, introducendo la sonda gastrica, si ricava dallo stomaco poltiglia indigesta e frammenti di cibo quasi naturale.

Esame chimico dell'urina. (3 agosto 1901). — Limpida, color giallo arancio — non contiene albumina — non contiene zucchero — contiene indiano — contiene molti fosfati.

L'inferma presentava costituzione scheletrica regolare, fisionomia giovanile ma sofferente, pannicolo adiposo quasi scomparso. I muscoli della parete addominale erano atrofici, e sotto i medesimi si scorgevano i movimenti gastrici peri ed antiperistaltici. Vedevasi ad occhio il tumore delinearasi nei movimenti di discesa e di salita, coincidenti con le escursioni diaframmatiche respiratorie. Lo stomaco era dilatato e la grande curvatura arrivava fino all'ombelico. L'addome era depresso e trattabile ovunque. Introducendo la sonda gastrica usciva gas, ed il limite della grande curvatura si spostava in alto tra dita trasverse al disopra dell'ombelico. Il tumore, di forma fusiforme, con il massimo diametro in direzione trasversale, cominciava un po' a destra della linea mediana e si prolungava per cinque cent. a sinistra della medesima, poteva essere stretto fra le dita, godeva di mobilità d'alto in basso ed anche un po' nel senso laterale e, depresso contro la colonna vertebrale, applicavasi sull'aorta, di cui trasmetteva i battiti. Mancanza di ballottamento. Gli organi del torace nulla presentavano di anormale, ed il fegato e la milza erano nei loro confini naturali. La donna sospettava di essere incinta, perchè dal giorno 10 maggio non aveva più vedute le mestruazioni. L'ultimo parto datava da 20 mesi. All'esame vaginale si confermò la diagnosi di gravidanza al 3° mese.

Diagnosi clinica. — *Stenosi pilorica gravissima. Tumore avvolgente il piloro, mobile. Gravidanza al 3° mese.*

Operazione (8 agosto 1901). — *Resezione piloro-ga-*

strica (metà dello stomaco) e gastroenterostomia retrocolica col secondo processo di Billroth. Cloroformizzava il dottor U. Mariani; assistevano i dottori Baldaccini, Cecchi, Lorenzi. Cioronarcosi completa, preceduta dalla iniezione sottocutanea di un centig. di idroclorato di morfina. Situazione dell'operanda sopra un piano inclinato col torace rialzato. Pratiche consuete di antisepsi e di asepsi.

Incisione dell'appendice xifoide dallo sterno all'ombelico. Fissazione del peritoneo parietale ai margini della ferita aponeurotica e cutanea. Si scorge il piloro sede di una neoplasia abbastanza circoscritta, del volume di un arancio, duro. Due ghiandole, della grossezza di fagiuoli, si trovano l'una sul grande omento, l'altra in tutta prossimità del piloro. Cominciai con l'eseguire la gastroenterostomia retrocolica, col bottone di Murphy (tipo Windler, n. 3), facendo cadere l'anastomosi fra la prima ansa del digiuno, 20 cent. dalla piega diguno-duodenale ed il cul di sacco gastrico, al terzo esterno sinistro della grande curvatura. Non feci alcuna sutura di rinforzo. Passai allo isolamento metodico del piloro neoplastico dalle aderenze patologiche e dagli attacchi normali epiploici dopo avere allacciato preventivamente le arterie e le vene, che scorrono lungo la grande curvatura dello stomaco.

Mobilizzato così il pezzo, che mi proponeva di asportare, tanto verso il duodeno, che verso lo stomaco, e reso libero da qualsiasi aderenza, passai dietro la parete posteriore piloro-gastrica alcune compresse di garza, in modo da isolare completamente il campo operatorio dal resto dell'addome, insinuando anche ai lati, tra pareti addominali e ventricolo, striscie di garza sterilizzata, in modo da operare più che fosse possibile in uno spazio bene circoscritto. Fra due klemmer, di cui l'uno elastico (modello di Monari) situato sul moncone duodenale, l'altro rigido di Kocher situato sul piloro, recisi il tramite duodenale alla distanza di circa 3 centim. dal limite del tumore pilorico, limite apprezzabile con la palpazione; e quindi, facendo presa sul klemmer rigido, che stringeva l'estremità pilorica, sollevai il pezzo, e continuai nell'isolamento della grande e della piccola curvatura gastrica dalle aderenze epiploiche, finchè arrivai a sentire il bottone, che aveva servito alla gastroenterostomia precedentemente fatta, la

quale era caduta sul terzo esterno sinistro della grande curvatura gastrica.

Giunto a questo punto, fra due altri klemmer elastici recisi le pareti gastriche, poco più di due dita trasverse a destra del punto d'impianto del bottone, asportando in tutto, oltre il piloro, metà dello stomaco. Con filo di seta e con ago comune da cucitrice, suturai l'apertura del moncone gastrico, senza togliere i klemmer, da cui i margini del moncone sopravanzavano per circa 1 cm., con sutura continua a soprigitto, comprendendo prima lo strato mucoso, poi il muscolare, e per ultimo il sieroso, facendo in tutto tre piani introssessi. La medesima cosa ripetei sul moncone duodenale, ma quivi, dovendo lavorare in profondità, le manovre furono meno comode, la sutura non riuscì così bene come sullo stomaco.

Furono fatti due soli piani di sutura. Affondati i monconi, duodenale e gastrico, dopo aver tolto i klemmer che li tenevano fissi, disposi all'interno drenaggi di garza in modo da circoscrivere le linee di sutura, e lo spazio tra il moncone gastrico e quello duodenale, riempii di tamponi di garza lasciati lunghi fuori uscenti dalla apertura addominale, che non richiusi, se non al terzo superiore con alcuni punti staccati.

Ipodermoclisi di circa 1 litro di soluzione fisiologica. Le manovre operative riuscirono senza alcun incidente; rapida si svolse l'azione. Rimasi soddisfattissimo del metodo adoperato.

Esito. — Il giorno 24 agosto, cioè sedici giorni dopo l'operazione, l'inferma emise in una scarica alvina il bottone, e d'allora lasciò il letto e si sentì benissimo. La tenni a lungo in ospedale, affinché potesse approfittare della assistenza medica e della alimentazione nutriente, e, quando lasciò l'ospedale, il giorno 21 settembre, cioè 44 giorni dopo l'operazione, era completamente guarita ed aumentata 4 kg. di peso corporeo. La gravidanza continuò il suo fisiologico svolgimento.

Reperito anatomico-patologico. — Il pezzo asportato comprende porzione di duodeno, il piloro neoplastico, porzione di stomaco e pezzi di epiploon con due ghiandole grosse come fagioli, situate al limite piloro-duodenale. Misura

nella piccola curvatura 11 centim., nella grande curvatura 19 centim., e dalla grande alla piccola curvatura cent. 9.

La porzione resecata viene incisa longitudinalmente. A livello del piloro la mucosa è ispessita, mammellonata, friabile. In corrispondenza dell'antro pilorico si osserva sulla parete posteriore una depressione della mucosa con caratteri cicatriziali, che sembrerebbe rappresentare una antica ulcera dello stomaco. Il canale pilorico è pressochè completamente obliterato e nel suo punto più stretto misura circa 3 mm. Lo strato muscolare è considerevolmente ispessito. Dal lato del duodeno le lesioni sono bene circoscritte e la resezione ha da questo lato oltrepassato i limiti dell'alterazione della mucosa di 2 centim. Dal lato dello stomaco osservasi che la tunica muscolare e sierosa sono edematose, e l'infiltrazione si estende per un certo tratto lungo la grande curvatura. Il resto della sierosa è di aspetto normale e presenta qualche aderenza patologica dell'epiploon. Il limite della resezione dal lato dello stomaco oltrepassa di 3 dita trasverse il limite del tessuto infiltrato.

Dal reperto anatomico-patologico, malgrado la sua gravità, rimase la speranza che le alterazioni riscontrate fossero dipendenti da processo flogistico antico stenosante del piloro con peri-gastrite e peri-pilorite.

L'esame microscopico ha confermato le nostre previsioni, riscontrando le note caratteristiche dell'ulcera semplice a fondo sclerotico, passata parzialmente a cicatrizzazione.

* * *

CONSIDERAZIONI SUI VARI METODI DI RESEZIONE GASTRICA.

La resezione dello stomaco può interessare tutto, o soltanto parte del viscere, donde; la distinzione in *gastrectomia totale e parziale*. La gastrectomia parziale può limitarsi a togliere la parte malata del ventricolo, senza interessarne la continuità, *gastrectomia*

atipica, o, al contrario, interrompere la continuità del tubo digestivo, *gastrectomia cilindrica*, che si distingue in *piloro-gastrica*, *cardio-gastrica*, *anulare*, secondo che essa interessa il piloro, il cardias, o il corpo mediano dello stomaco.

La *gastrectomia totale*, sperimentata sui cani da Czerny e Kaiser (1) nel 1878, da Carvalho e Pachon (2) nel 1893, da Filippi (3) nel 1894, da Monari (4) nel 1896, fu tentata sopra una donna da Connor (5) di Cincinnati nel 1883, ma l'inferma morì sul tavolo operatorio. La prima resezione totale di stomaco con esito felice è stata fatta da Schlatter (6) di Zurigo il 6 settembre 1897. Egli suturò il duodeno, poi condusse al disopra del colon trasverso la prima parte del digiuno, e la fissò all'estremità inferiore dell'esofago. L'operata guarì, e dopo due mesi era aumentata in peso di 4 Cg. — La seconda *gastrectomia totale* è stata fatta qualche mese dopo da Brooks Bringham (7) di S. Francisco che impiegò il bottone

(1) *Czerny e Kaiser.* — Beitrage zur-operative Chirurgie, Stuttgart, 1878, p. 141.

(2) *Carvalho e Pachon.* — De l'extirpation totale de l'estomac chez le chat. Comptes rendus de la Société de biologie, 1893, p. 794.

(3) *Filippi.* — Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna, 18 febbraio 1894, f. IV, p. 321.

(4) *Monari.* — Ricerche sperimentali sul limite massimo di asportazione dello stomaco etc. Bologna Regia tipog. 1896.

(5) *Connor.* — Medical News, nov. 1884.

(6) *Schlatter.* — Estipazione totale dello stomaco. Beitrage zur Klinischen Chirurgie, Tubingen, 1897, f. XIX, p. 757.

(7) *Brooks Bringham.* — Asportazione completa dello stomaco, esofago-duodenostomia. — Boston medical and surgical Journal, 5 maggio 1898.

di Murphy, per fare una anastomosi esofago-duodenale, senza suture di rinforzo. Una terza è stata fatta da Richardson. Tricomi (1) ha eseguito una gastrectomia quasi totale, suturando a fondo cieco il duodeno, e ristabilendo la continuità del tubo alimentare riunendo il piccolo tratto di stomaco lasciato sotto il cardias col moncone inferiore del digiuno completamente diviso, passato attraverso una breccia fatta nel mesocolon trasverso e del digiuno col digiuno.

Per gastrectomia totale s'intende l'estirpazione dello stomaco compreso il cardias ed il piloro, condizione a cui veramente non hanno soddisfatto molti dei casi che furono pubblicati, anche recentemente, sotto il nome di gastrectomie, e che non sono in realtà che resezioni gastriche più o meno estese, come quelli di Péan, (2) di Schuchard, (3) di Monprofit, di Rehn, di Maydl, di Langenbuch, (4) e dello stesso Tricomi il quale fa osservare che, per parlare di asportazione totale dello stomaco compreso il cardias, è necessario constatare i caratteri anatomici, ma soprattutto rilevare il passaggio dell'epitelio pavimentoso stratificato dell'esofago nell'epitelio dello stomaco.

Dalle ricerche sul ricambio materiale negli indi-

(1) *Tricomi*. — Asportazione dello stomaco. Riforma medica, Napoli 17, 18 gennaio 1899, p. 147 e 158.

(2) *Péan*. — Sur un cas de gastrectomie; Bulletin de l'Académie de médecine, Paris, 1897, p. 58.

(3) *Schuchard*. — Ueber Regeneration des Magens nach totaler Resection. Arch. P. Klin. Chir., Berlin, 1893, t. LVII, p. 454.

(4) *Langenbuch*. — Ueber zwei totale Magenresektionen beim menschen. — Detusche med. Woch., Leipzig, 1894, p. 968.



vidui sottoposti a gastrectomie più o meno estese è risultato che lo stomaco non è assolutamente indispensabile per la vita e che le funzioni digerenti ed assimilative in un primo periodo postoperativo risultano profondamente alterate con processi putrefattivi intestinali fortemente esagerati, la qual cosa dimostra l'importanza della funzione antiputrida dello stomaco, ma che in seguito gradatamente le dette funzioni vanno migliorando, avvicinandosi sempre più alle normali, per cui avviene in breve un mirabile processo di compensazione.

Dopo le resezioni gastriche cilindriche, siano esse più o meno estese, i numerosi processi di anastomosi gastro-intestinale, utilizzati per ristabilire la continuità del tubo digestivo, si possono ridurre a tre varietà; *termino-terminale*; *termino-laterale*; *laterale*.

1° *L'anastomosi termino-terminale* è il processo primitivo della scuola di Billroth ed è ancora adottato da molti. Mikulicz e Krönlein (1), che lo hanno sperimentato molte volte, gli riconoscono grandi vantaggi. Consiste nel riunire, dopo la resezione, i monconi gastrico e duodenale, l'uno all'altro, capo a capo.

Essendovi notevole differenza di calibro tra i due capi, furono ideati diversi modi di sezionare il moncone gastrico e quello duodenale: l'incisione ovolare di V. Vehr (2) e di Rydygier; l'incisione perpen-

(1) *Krönlein* — Beitr. z. Klin., Chir., Tübingen, 1896, t. XVII, p. 311.

(2) *V. Vehr*. — Deutsch. Zeitschr. f. Chir., Leipzig, 188', p. 98.

dicolare di Billroth; l'incisioni oblique; l'incisioni complesse.

Quasi sempre esse sono insufficienti e si è obbligati a suturare parzialmente l'orifizio stomacale per diminuirne le dimensioni.

Il pericolo di queste diverse operazioni è la perforazione nel punto in cui la sutura d'occlusione incontra la sutura d'innesto. Questo fatto, a cui segue la morte di peritonite, o, nella ipotesi più favorevole una fistola gastrica, è accaduto a chirurghi assai sperimentati nella chirurgia gastrica, come Czerny, Kappeler e Carle; e, sopra 10 morti della clinica di Billroth, 7 sono morti di peritonite, causata da difetto della sutura (1). Per evitare questo pericolo Pean, Sick, Schede, dopo avere terminato la sutura d'occlusione, hanno fatto l'innesto per mezzo di un bottone di Murphy; e Wölfler (2), dopo aver resecato un lembo cilindrico di mucosa gastrica, ha invaginato il moncone duodenale nell'apertura stomacale, che lasciò beante, dopo avere terminato la sutura d'occlusione, mentre Rutherford Morison (3) praticò sul bordo convesso del duodeno una apertura così ampia da poterla adattare alla sezione gastrica senza bisogno di restringere quest'ultima.

2.° *L'anastomosi termino-laterale*, è stata imma

(3) *Eiselsberg*. — Ueber die Magen Resektionen und Gastro-enterostomien professor Billroth's Klinik, von Mars 1885, October 1889, Archiv. f. Klin., Chir., Berlin, Decembre 1889, p. 784.

(4) *Wölfler*. — Prag. med. Woch., 1896, t. XXI, 1, 2, 3, 4.

(1) *Rutherford Morison*. Remark on pylorotomy. Brit. med. J. London, 1868, t. 1, pag. 481.

ginata da Kocher (1), nel 1890, e consiste nell'impiantare il moncone duodenale sopra la faccia posteriore o l'anteriore dello stomaco, dopo aver chiuso completamente con sutura la superficie della sezione gastrica. Essa è una gastro-duodenostomia.

E' preferibile fare l'impianto del duodeno sulla faccia posteriore dello stomaco per assicurare un più facile e più completo svuotamento dello stomaco e per esporre meno a trazioni, poichè il duodeno è normalmente situato più profondamente dello stomaco; ma in casi di aderenze della parete posteriore dello stomaco, si può fare l'impianto del duodeno sulla parete anteriore gastrica, di modo che le aderenze posteriori non costituiscono una controindicazione al metodo termino-laterale.

Pean, Carle, Kümmler ed anche lo stesso Kocher, hanno qualche volta sostituito alla sutura l'impiego del bottone di Murphy, eseguendo l'anastomosi termino-laterale.

Per altro, nelle resezioni gastriche estese s'incontra una certa difficoltà a portare il moncone gastrico a contatto con il moncone duodenale, essendo il duodeno fisso, sebbene lo stomaco ordinariamente si lasci con facilità mobilizzare, così che Kocher avrebbe potuto resecare fino a due dita al disotto del cardias e compiere ancora la gastro-duodenostomia termino-laterale. Il processo di Kocher è controindicato allorchando il neoplasma è sviluppato molto verso il duodeno, ciò che veramente accade di

(1) Kocher. — Zur Technik und zu Erfolgen der Magenresektion. Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte, Basel, 1893, p. 713.

rado, giacchè i tumori dello stomaco hanno tendenza a diffondersi più verso lo stomaco che verso il duodeno. Si comprende come, essendo il duodeno fisso, se è necessario resecarne buona parte, non possono essere attuabili nè il procedimento termino-laterale di Kocher, nè quello termino-terminale della scuola di Billroth.

La statistica comparativa dei due metodi, comprendente casi operati dal 1890 al 1897, raccolta da Urbain Guinard, parlerebbe in favore del metodo termino-laterale (1).

Sopra 64 operazioni col metodo di Kocher si trovano 10 morti operatorie, ossia una mortalità del 15,62 %; mentre sopra 148 pilorectomie eseguite col processo primitivo di Billroth, nel medesimo periodo di tempo, dal 1890 al 1897, si trovano 56 morti operatorie, ossia una mortalità del 37,83 %. Ad una conclusione analoga è arrivato Krumm (2).

3.° *L'anastomosi laterale* va sotto il nome di secondo processo di Billroth (3), e fu da lui eseguita la prima volta, con esito fortunato, il 15 gennaio 1885. Da una pubblicazione di V. Hacker (4) appare come Billroth, prima ancora di eseguire tale metodo, avesse espresso molte volte l'idea che, nel caso di cancri

(1) *Urbain Guinard*. — La cura chirurgicale du cancer de l'estomac. Th. de Paris, 1897-1898.

(2) *Krumm*. — Ueber Magenresektion nach der Kocher's Methode (gastro' duodenostomie): Arch. f. Klin. Chir., Berlin, 1898, t. LVI, p. 827.

(3) *Billroth*. — Deutsche Gessellsch. f. Chir., 1885.

(4) *Hacker*. — Zur Casuistik und statistick der Magenresektionen und Gastroenterostomien. Von Dr. Hacker. Langbeck's Archiv. Band XXXII, Heft III.

del piloro molto estesi, quando una riunione del duodeno con lo stomaco, dopo la resezione, o fosse impossibile o molto pericolosa, si estirpasse il tessuto morboso senza riguardo alla successiva riunione dei due segmenti, e si chiudesse duodeno e ventricolo e si stabilisse la comunicazione tra il ventricolo ed il digiuno per mezzo della gastro-enterostomia.

Chè a questo modo si sarebbero potuti estirpare più radicalmente dei carcinomi anche più estesi, purchè limitati alla parete del ventricolo. Quando anche il tessuto morboso non fosse tutto estirpato, sarebbe tuttavia levato il cancro decomposto, e con esso la causa delle emorragie si sarebbe eliminata ed evitata la mescolanza dei detriti col succo gastrico, e le probabilità di un benessere più durevole, dopo detta operazione, sarebbero state più favorevoli, che non dopo la semplice gastro-enterostomia.

Questo procedimento fu considerato dal Billroth stesso come di eccezione e non trovò sul principio che pochi imitatori. Dal 1885 al 1893, se stiamo a quanto è detto in una pubblicazione di Caponotto (1), non era stata eseguita che 7 volte, da Billroth, da Eiselsberg, da Bull, da Jesset, da Daudon, da Tuholske (2), da Caponotto.

Ciò è dovuto al fatto che in allora si interveniva quasi esclusivamente per cancro e prevaleva il

(1) *Caponotto*. — Un caso di pilorectomia e gastroenterostomia. *Clinica Chirurgica*. Anno I, n. 7, 1893.

(2) *Bull, Jesset, Rawdon, Tuholske*, citati da Baracz. Ueber den Werth der Enteroanastomose mittelst der Plattchennaht nach Senn in der Magen. *Dorm. Chirurgie*, Von Dr. Roman von Baracz. *Langebeck's Archiv*. XLIV. Band. III. Heft.

concetto che la resezione piloro-gastrica, salvo casi iniziali, fosse pressochè inutile di fronte alla sicura recidiva, e, data la tecnica ancora imperfetta della pilorectomia, ritenevasi miglior consiglio attenersi al partito più semplice della gastro-enterostomia, altrettanto efficace a prolungare la vita, con minori pericoli di morte operatoria.

Questa è stata l'opinione della maggior parte dei chirurghi (Novaro, Weir, Laneustein, Czerny, Rosenheim), che ha prevalso fino a questi ultimi anni. Per poco che il tumore, passato il periodo iniziale, si fosse esteso sulle pareti dello stomaco; per poco che vi fossero state aderenze o glandule infiltrate, la resezione era controindicata, perchè aveva una mortalità immediata molto elevata, Weir 52 % (1), Haberkant 54,4 % (2) (Codivilla) e, se si doveva mirare alla sola cura palliativa, la gastro-enterostomia dava gli stessi risultati per la sopravvivenza e per il benessere dei malati, senza portare così spesso la morte.

Ma, col progredire della patologia e dei metodi di esame dello stomaco, la chirurgia gastrica ha esteso i suoi interventi alle forme benigne, nelle quali la resezione dona risultati durevoli, e, nelle stesse forme maligne, il miglioramento della tecnica ha fatto prevalere il concetto di estendere le resezioni non soltanto allo scopo di ottenere una guarigione radicale del cancro, ma anche allo scopo palliativo di prolungare maggiormente la vita e diminuire le gravi sofferenze degli infermi, col togliere quanto più di or-

(1) *Weir*. — Jahresbericht., 1891, Bd. 2, S. 459.

(2) *Haberkant*. — Archiv. für Klinische Chirurgie, Bd. 51, S. 529.

gano malato è possibile, resecando non ad 1 cm. dai margini macroscopici del tumore, come si consigliava nei primi tempi, nè a 3, come vorrebbe Czerny, ma a distanza molto maggiore fino a 10 cm.

Ed ecco che il secondo processo di Billroth in breve trova un gran numero di applicazioni e, per la sua semplicità apparente, viene da molti preferito sistematicamente agli altri metodi di anastomosi gastro-intestinale dopo la resezione, e considerato non più metodo di eccezione, ma di elezione da Doyen, da Chaput, da Carle, da Novè-Josserand, da Mac-Cormac da Treves, da Greig Smith, da Th. Bull, da Codivilla, da Tricomi.

Il metodo primitivo di Billroth, ossia la riunione diretta dello stomaco al duodeno, si può teoricamente considerare come migliore, perchè mantiene il più che sia possibile gli organi nei loro rapporti fisiologici, sul qual fatto hanno insistito Czerny, Kocher, von Hacker, Manteuffel, Hartmann, ma, a parte la bontà teorica di un metodo, come osserva Codivilla (1), non si possono mettere a confronto pazienti, cui mancano gran parte dello stomaco, il piloro, parte del duodeno, ecc., con individui sani; anzi negli stomaci malati la funzione gastrica si compie molto meglio quando l'organo può svuotarsi rapidamente con la gastro-enterostomia, piuttosto che per mezzo del lungo ed inceppato circolo duodenale. Inoltre, dopo una resezione estesa, lo stomaco viene a trovarsi teso fra l'esofago ed il duodeno, che sono fissi, e gli rimane poca libertà per compiere i movimenti necessarii per

(1) *Codivilla*. — Contributo alla Chirurgia gastrica. Tipografia Gamberini e Parmeggiani. Bologna 1898, pag. 61.

il suo svuotamento, mentre come ha osservato Doyen (1), a differenza di quanto accade nella gastro-enterostomia semplice, negli stomaci resecati col 2° processo di Billroth difficilmente si ha vomito e ciò si crede dipendente dalla mancanza di fissazione del viscere sul piloro e dalla conseguente sua mobilità.

Inoltre il moncone duodenale, per la sottigliezza della pareti, per il non completo rivestimento di peritoneo, per la notevole emorragia che segue all' incisione delle sue tuniche, si presta poco per una riunione accurata con lo stomaco, anche se riesce facile avvicinarlo al medesimo. La sua speciale struttura rende difficile una sutura esatta; è forse per questo che Murphy, Pean, Carle hanno preferito ricorrere al bottone anastomotico.

Il secondo processo di Billroth, riunisce in se tutti i vantaggi della resezione, che può essere la più ampia, con piena libertà di estendersi tanto sul moncone gastrico quanto sul moncone duodenale, ed i vantaggi della gastro-enterostomia, che rappresenta il drenaggio gastro-intestinale migliore per ottenere il più rapido e completo svuotamento dello stomaco. I vantaggi di una resezione estesa, come Carle e Fanfano hanno segnalato, sono grandi: 1° minore mortalità nel senso che molti operati soccombono, perchè la resezione e la sutura cadono sopra parti ancora infiltrate dal tumore e per conseguenza difficili a cicatrizzare; 2° aumento della sopravvivenza e maggiore probabilità di guarigione definitiva; e si può aggiungere che, nel caso di recidiva, l'orifizio anastomotico

(1) Doyen. — Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodenum. Paris. Rueff. 1895.

resta più a lungo immune dal cancro ed i fenomeni della stenosi compaiono più tardi o non compaiono affatto (Reichard); mentre nella anastomosi gastro-duodenale, terminale o termino-laterale, la recidiva avviene, per solito, in vicinanza della cicatrice e presto riproduce la stenosi.

Sotto il punto di vista della tecnica nel secondo processo di Billroth la gastro-enterostomia è stata eseguita antecolica, retrocolica, anteriore, posteriore, con le suture, con il bottone, con le placche di Senn, alla Roux ecc.

I più non praticano la gastro-enterostomia che dopo la resezione, e ritengono questa condotta prudente, asserendo essi che non si può a priori stabilire quale estensione avrà la resezione; e facendo notare che le manovre operatorie necessarie potrebbero esporre al pericolo di compromettere la solidità della anastomosi già fatta. Altri come Carle, Tuffier, Tuholske, cominciano con la gastro-enterostomia e sostengono la loro tesi dimostrando che non si può a priori giudicare con sicurezza il grado di resistenza del malato, che, se questi si presentasse debole o male tollerasse il cloroformio, avendo fatta la gastro-enterostomia, vi sarebbe il vantaggio di por termine con essa all'atto operativo in modo soddisfacente.

Di qui è nata la pilorectomia in due tempi, eseguita la prima volta nel 1891 da Tuholsk (1) e che consiste nell'eseguire una gastro-enterostomia e, a distanza di 1 mese o più, quando il paziente abbia

(1) *Tuholske*. — The medical news. Philad., 11 mars 1893, p. 268.

guadagnato nelle sue condizioni di nutrizione, procedere alla resezione.

Tuholske, Doyen, Franke (1), Kümme! (2) hanno avuto dei successi con la gastro-enterostomia preliminare. Il metodo presenta realmente dei vantaggi: la gastro-enterostomia, ponendo in riposo un piloro malato, è capace di provocare una regressione nelle complicazioni infiammatorie di un neoplasma e renderne più opportuna la asportazione in secondo tempo, ma, disgraziatamente, i malati, che si sentono migliorati in conseguenza del primo intervento, rifiutano di sottoporsi alla seconda operazione, di cui non comprendono la necessità. Ciò è accaduto a Kummel, a Czerny ed anche a me recentemente.

La mortalità nel 2° processo di Billroth, è tuttavia elevata. Guinard, che ne ha raccolti 54 casi nel 1898, ha trovata una mortalità del 44,44 %.

A migliorare di molto i risultati recenti di questa operazione ha contribuito la pratica di drenare il campo operativo con striscie di garza, come mezzo di protezione e di previdenza. La complicazione più frequente è la peritonite, per solito mortale. Il drenaggio può arrestare una incipiente infezione peritoneale, o prevenirla; e, se in un punto la linea di sutura sul moncone gastrico o su quello duodenale cedesse con fuoruscita di contenuto gastrico o di bile o succo pancreatico, la garza, per le sue proprietà di capillarità, può condurre all'esterno i liquidi, e, per le aderenze reattive, limitare il campo della sua ap-

(1) *Franke*. — *Centr. Bl. f. Chir.*, Leipzig, 1897. Beilage, p. 98.

(2) *Kümme!*. — *Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin, t. LIII, p. 87.

plicazione dal resto della cavità addominale, dando luogo alla formazione di una fistola, suscettibile di intervento o di guarigione spontanea per coartazione cicatriziale.

Anche le nozioni derivanti dall'esperienza sul trattamento pre e post-operativo dei malati, l'uso della sonda, i miglioramenti tecnici, vuoi nel modo di suturare i monconi resecati, vuoi nel modo di anastomizzare lo stomaco con l'intestino, l'impiego del bottone di Murphy e la destrezza dell'operatore, derivante dall'esercizio, hanno contribuito a ridurre di molto la cifra della mortalità, come appare dalle recenti statistiche di Carle, di Tricomi, di Codivilla, di Nigrisoli, di Ceccherelli (1) ecc., per parlare soltanto di chirurghi nostrani.

(1) *Ceccherelli*. — Alcune considerazioni sulla chirurgia gastrica. Soc. Ital. di Chir. Anno XV, 28 ottobre 1899.



5728

