



Omaggio dell'A.

Supplemento all'ARCHIVIO ITALIANO DI GINECOLOGIA

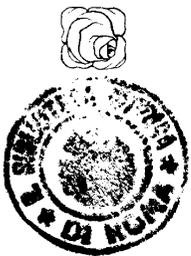
ANNO XV — FASCICOLO N. 12 — 31 DICEMBRE 1912

Min. G.

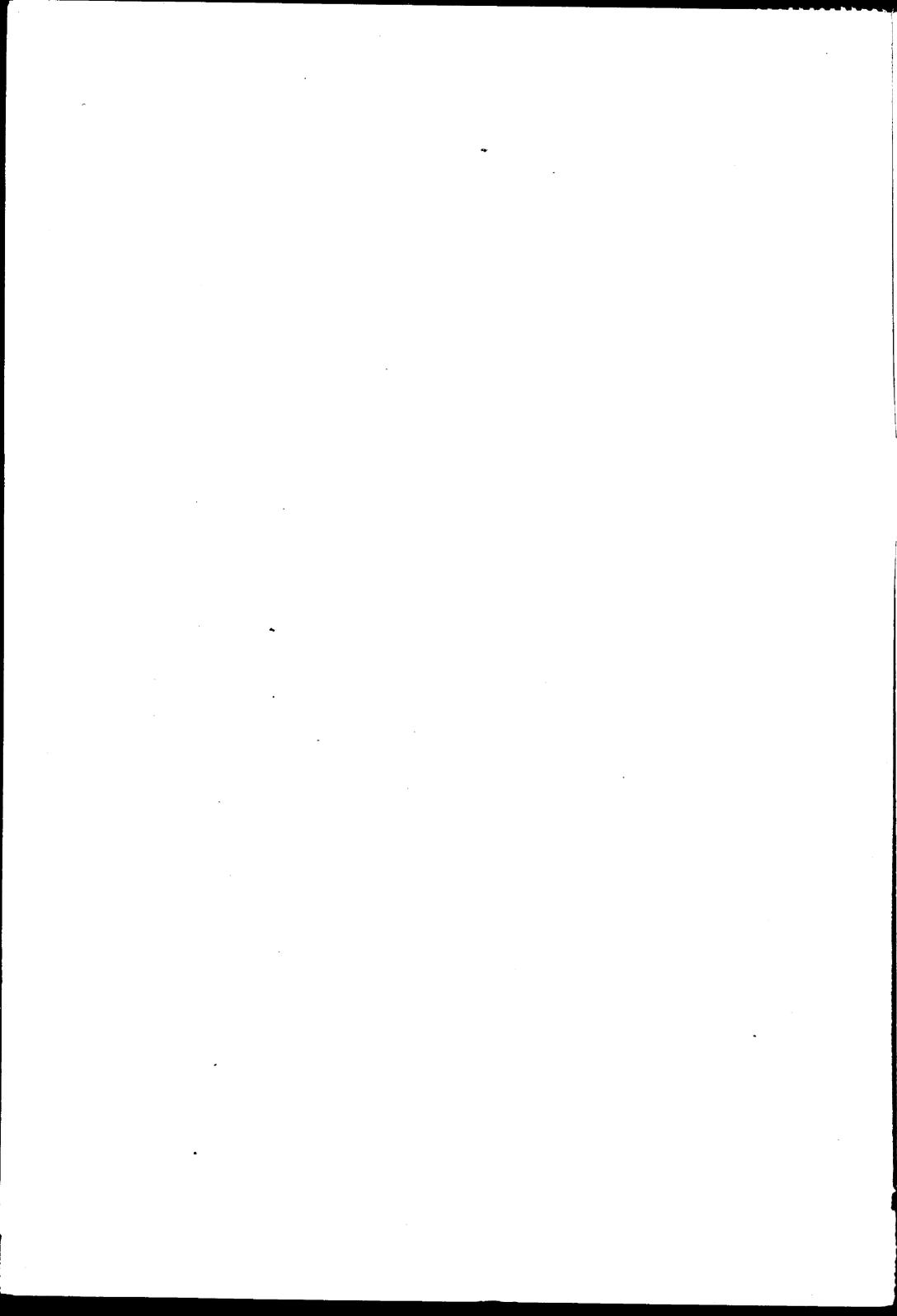
SUL TRATTAMENTO
DELLE
FERITE DEL PERITONEO

PEL

prof. P. G. SPINELLI



NAPOLI
TIPOGRAFIA MELFI & JOELE
S. Lucia 39 — interno D
1912





SUL TRATTAMENTO DELLE FERITE DEL PERITONEO

PEL

prof. P. G. SPINELLI

Il presente lavoro non è che lo svolgimento più ampio della mia discussione fatta al VI Congresso internazionale di Ginecologia, riunito a Berlino, nel settembre scorso, sul tema del "trattamento delle ferite del peritoneo".

Data la tirannia del tempo, che in un congresso non dà campo di largheggiare agli oratori — ed al Congresso di Berlino si fu ancora più limitati, non accordandosi che appena 5 minuti per le discussioni e 10 minuti per le comunicazioni — non potetti che riassumere il mio pensiero sulle più importanti questioni.

Credo perciò utile ritornare sull'argomento, sia per fissare meglio i concetti e la pratica personale sul trattamento delle ferite del peritoneo, che, in altri termini, riassume tutta la tecnica generale della laparotomia, sia per illustrare dei punti, sui quali io non sono completamente di accordo con alcuni dei più autorevoli operatori di chirurgia addominale, che al Congresso di Berlino furono relatori del tema o presero parte alla discussione generale.

*
**

Ed innanzi tutto voglio intrattenermi sul soggetto del tema proposto dal Comitato ordinatore e che ha dato luogo a delle critiche, per me, non del tutto giustificate.

Il trattamento delle ferite del peritoneo, si è detto, è un tema di chirurgia generale addominale e non di pertinenza esclusiva del ginecologo. Ciò è vero; in fatti la chirurgia ginecologica e quella degli altri visceri addominali hanno per comune campo il peritoneo ed il tema è generale per tutti i laparotomisti.

Tuttavia, se si consideri che il ginecologo è, per così dire, il maestro del peritoneo per la molteplicità delle applicazioni chirurgiche cui è chiamato ad agire nelle affezioni della sfera genitale femminile (in gravidanza, puerperio, per tumori, malattie infiammatorie utero-annessiali, ecc.); se si consideri che il ginecologo, in fatto di data, è il più antico operatore nella cavità peritoneale e quindi deve esser considerato come il padre della laparotomia; se si con-

2-17

sideri infine che si devono al ginecologo i più segnalati progressi della tecnica nel trattamento delle ferite peritoneali; non sembrerà più strano che in un Congresso di ginecologia sia stato proposto un tema che abbraccia i principii fondamentali della laparotomia. E noi crediamo anzi che bene a proposito venne scelto tale tema per uno dei più importanti Congressi della specialità, sia per le ragioni sopraesposte, sia perchè era utile che, una volta per tutte, fosse affermata pel ginecologo una posizione privilegiata in chirurgia intraperitoneale, come il suo campo naturale e legittimo di azione, non solo per le affezioni d'indole strettamente ginecologica, ma anche per quelle che riguardano gli altri organi vicini o lontani dalla sfera sessuale. In vero, data la sua grande pratica della chirurgia intraperitoneale, egli è anche il più adatto ed il più sperimentato a trattare gl'interventi sugli altri organi addominali. Questo indirizzo, che io seguo già da alcuni anni, e che è del resto generalizzato in America, dove ogni ginecologo è anche chirurgo addominalista per le indicazioni derivanti da affezioni dello stomaco, del fegato, della milza, del duodeno, del pancreas, dell'appendice e del tubo intestinale, deve, in un avvenire prossimo, essere anche quello dei ginecologi d'Europa.

Le prime prove del resto di questo nuovo orientamento dell'azione chirurgica del ginecologo sono già acquisite in Europa.

In Francia, per opera di uno dei più eminenti ginecologi, del Pozzi, esiste una rivista che da 17 anni svolge questo programma, alludo alla " *Révue de Gynecologie et de chirurgie abdominale* „. Anche in Italia, dove il nostro illustre prof. Mangiagalli, nel suo trattato di Ginecologia, ha superato i limiti della materia strettamente ginecologica, occupandosi anche della patologia e della cura degli organi liminari (vescica, ureteri, appendice, retto, ano); e nel discorso magnifico con cui egli inaugurò il XVI Congresso Italiano di Ostetricia e Ginecologia, indicò i nuovi orizzonti del ginecologo moderno. Più recentemente ancora, nella terza edizione di un libro, divenuto oramai classico, la " *Ginecologia operatoria* „ di Döderlein e Krönig, noi troviamo quasi consacrato questo nuovo indirizzo. Infatti in esso è considerevolmente sviluppata la chirurgia dei differenti organi addominali.

Se infatti noi consideriamo l'azione chirurgica addominale del ginecologo, si comprende come non sia eccezionale di esser condotti a praticare un intervento sull'intestino, l'appendice, le vie urinarie, la vescicola biliare, nel corso d'una operazione ginecologica, o ulteriormente, come complemento di questa operazione. Ciò implica per il ginecologo la necessità di avere la pratica più accurata in tutte le sue modalità della tecnica e della clinica di questa

chirurgia. In conseguenza, accanto alla chirurgia specialistica, il ginecologo deve conoscere a fondo la tecnica di tutta la chirurgia addominale. Ecco dunque come si allarga il campo dell'azione del ginecologo, come i suoi nuovi doveri creino delle responsabilità scientifiche e tecniche di maggiore portata. E così il ciclo si chiude: il ginecologo, che fu il primo laparotomista, sarà nel prossimo avvenire anche il chirurgo addominalista per eccellenza.

*
*
*

Venne affermato da parecchi relatori che il traumatismo peritoneale non è a temersi, purchè si sia ottemperato alle regole più rigorose dell'asepsi laparotomica.

Non condividiamo affatto quest'ottimismo, almeno nel senso laparotomico. Accettiamo perfettamente che una ferita della sierosa trattata asetticamente non rappresenti un pericolo e guarisca rapidamente per prima; ma non possiamo alla stessa stregua considerare un traumatismo operatorio laparotomico che crea ferite multiple—da taglio e di superficie—, che espone il peritoneo ed i visceri, che esso riveste, a raffreddamento, manipolazioni, stiramenti, ecc. Al traumatismo laparotomico si deve dunque dare una portata più larga di una semplice ferita del peritoneo, e questo traumatismo è pericoloso perchè predispone all'infezione, alla paresi e alle paralisi dell'intestino e al perturbamento profondo del gransimpatico e più specialmente dei visceri intraperitoneali, degl'intestini, delle funzioni del fegato, dei reni e delle soprarenali. Lo choc operatorio, terrore dei laparotomisti nostri antenati, esisteva ed esiste anche oggi con la interpretazione attuale che diamo al traumatismo addominale.

Fra le cause del traumatismo peritoneo-viscerale bisogna citare innanzi tutto lo sventramento intestinale nel corso della laparotomia e provocato dai conati di vomito o dagli sforzi che l'ammalato esegue perchè non completamente anestesizzato. L'anestesia generale con cloroformio o con etere, o con la miscela etero-cloroformica-alcoolica è la nemica più diretta della quiete intestinale e contribuisce per sua parte al traumatismo della sierosa viscerale. La rachi-anestesia con la soluzione stricno-stovainica alla J o n n e s c o, o con la soluzione stricno-novocainica, che io adopero, ci assicura il silenzio addominale perfetto; le anse intestinali rimangono immobilizzate ed appiattite nella cavità addominale e si lasciano ricacciare docilmente in alto, perdendo quella mobilità serpentina delle anse non addormentate, come nei casi di anestesia generale, che rappresenta molte volte la disperazione del chirurgo, ribelli come sono, alle manovre di riduzione. Da questo punto di vista la rachi-

anestesia ha una superiorità grandissima sulla anestesia generale e deve perciò esser preferita nelle operazioni laparotomiche.

Le stesse considerazioni reggono per i primi giorni post-laparotomici. Nelle prime 24 ore specialmente, le narcotizzate con cloroformio o con etere, più spesso, vanno soggette a vomiti incoercibili di una violenza tale da far cedere alle volte anche le suture delle pareti addominali. E quando questo accidente non si verifichi, le scosse dolorose e sempre molestissime, la paresi o la paralisi tossica o traumatica dello stomaco e dell'intestino, non infrequenti, sono certamente delle cause che predispongono più facilmente alle infezioni della sierosa, per il possibile passaggio di germi endogeni dalla cavità intestinale nella cavità peritoneale. Il silenzio addominale adunque che sussegue alla rachianestesia nel periodo acuto post-laparotomico, e la mancanza di vomiti, assicurano al metodo di anestesia regionale una superiorità incontestabile sull'anestesia generale per inalazione.

In secondo luogo, fra le cause traumatizzanti la sierosa, bisogna annoverare l'uso delle compresse-garze secche. La grande maggioranza dei relatori e dei ginecologi, che han preso parte alla discussione del tema, ci hanno detto di preferire queste compresse-garze. Non possiamo esser d'accordo con loro e diremo le ragioni che ci fanno preferire le compresse-garze umide o le compresse-lana umide e calde.

Le compresse-garze secche riescono traumatizzanti con un meccanismo complesso. In contatto della sierosa, esse la prosciugano rapidamente e contribuiscono al suo raffreddamento; la circolazione viene a soffrirne e la sensibilissima rete nervosa ne rimane profondamente impressionata; ma non è tutto: le anse intestinali, in contatto della compressa-garza secca, vi aderiscono strettamente, cercano d'involgerla provocando una iperemia ed un intorbidamento della sierosa che non sono certo sfuggiti a nessuno dei laparotomisti, fenomeni che sono la conseguenza sia dei disturbi circolatori, sia della impressionabilità nervosa, sia infine di quel potere proprio del peritoneo viscerale che consiste nella difesa contro il corpo estraneo che cerca immediatamente di separarlo, di inglobarlo e creargli intorno come una nicchia protettrice. Questa attività particolare incomincia dal momento stesso in cui una garza secca è in contatto del peritoneo viscerale e maggiori saranno le sue reazioni quanto più lungamente essa vi rimane.

La compressa-garza umida e calda e meglio ancora la compressa-lana umida e calda riesce meno traumatizzante per il peritoneo viscerale, ne conserva il calore, non aderisce alle anse intestinali e le protegge meglio.

Io adopero generalmente la compressa-garza bagnata in soluzione fisiologica calda, e, dolcemente spremuta immediatamente prima della sua applicazione sul pacchetto intestinale. Trovo invece più conveniente la compressa-lana umida e calda, nelle operazioni di lunga durata, in quelle operazioni sospette in cui vi è pericolo d'inquinamento del peritoneo con liquidi settici nel corso della laparotomia.

In fatti, uno degli altri vantaggi della compressa umida è quello di divenire quasi impermeabile e di evitare fino ad un certo punto che liquidi settici possano passare attraverso la barriera della compressa e raggiungere la sierosa viscerale.

In generale bisogna astenersi da spugnature, da toccamenti intempestivi della sierosa viscerale per effettuare quel che si dice la toeletta peritoneale.

Una corretta tecnica operatoria deve provvedere a che non si avverino effusioni di liquidi di qualsiasi natura nel corso dell'operazione, come deve provvedere a che il campo su cui si interviene sia quanto più possibile isolato dal resto della cavità sierosa.

Nei casi in cui questa toeletta si rende necessaria, sia perchè vi è sangue effuso, sia che venne inquinata la cavità peritoneale: io ricorro al lavaggio con soluzione fisiologica. Ed anche in questo punto sono in disaccordo con la maggioranza dei relatori che vorrebbero in ogni caso bandito il lavaggio del peritoneo. Due espedienti di tecnica laparotomica rendono il lavaggio esente dagli inconvenienti rimproveratigli. Questi espedienti sono: 1.° la posizione proclive, che, col tavolo di mio modello, si può dare in un istante all'ammalata: 2.° l'estrazione immediata della soluzione fisiologica di lavaggio mercè l'aspirazione idraulica, che io raccomando vivamente all'attenzione dei laparotomisti i quali sembra non la conoscano abbastanza o non l'apprezzino al suo giusto valore.

* *

Il prof. J a c o b s, di Bruxelles, che prese la parola prima di me nella discussione generale, affermò che siamo tutti di accordo sulla profilassi laparotomica. A me, in verità, non appare questo accordo generale. Io ho visto operare nelle maggiori cliniche del mondo e spesso ho constatato che a certe regole elementari molti chirurghi non amano sottostare: per es. al mascherino bocca-nasale, alla coertura ermetica dei capelli, alla accuratissima e minuziosa preparazione asettica dalle mani, alla accuratissima preparazione asettica della pelle dell'addome, del monte di venere, della vulva e della vagina.

Ma l'accordo non vi è nemmeno in particolari di tecnica chirurgica fondamentali, se noi abbiamo inteso dalla parola di uno dei più autorevoli ginecologi tedeschi, il Veit di Halle, quasi ripudiare, come superflua, la peritonizzazione delle ferite e dei peduncoli.

Uno dei più grandi progressi della tecnica laparotomica è stata proprio la peritonizzazione che io esegui da molti anni per logica anatomica e per considerazioni fisiologiche, prima ancora che divenisse un metodo generale per tutti i laparotomisti contemporanei. Fin dai primi anni in cui ho parlato agli studenti ed ho scritto sulla tecnica laparotomica (1893) ho insistito sulla necessità di compiere l'operazione asetticamente non solo nei riguardi della preparazione di tutto ciò che doveva esser in contatto della sierosa peritoneale e delle ferite in essa determinate, ma anche nei riguardi della restaurazione perfetta e minuziosa del pavimento pelvico e dell'affondamento dei peduncoli sotto la sierosa (peritonizzazione).

La peritonizzazione non si limita solo all'affrontamento esatto delle ferite peritoneali e all'affondamento dei peduncoli; ma, nei casi difficili o complicati, impronta il peritoneo ad organi vicini e mobili e cerca così di proteggere superfici scoperte ovvero di escludere dal resto della cavità sierosa superfici sospette o pericolose. Alludo al tramezzamento vescico-sigmoideo che si ottiene suturando ermeticamente il peritoneo vescicale al colon e mesocolon sigmoideo.

Infine non si deve dimenticare che il grande epiploon è uno dei mezzi di difesa più importanti di cui dispone il peritoneo contro le infezioni. Le proprietà plastiche e battericide del grande epiploon sono dimostrate ed accettate da tutti. Bisogna dunque trarre il partito migliore da questo largo ganglio linfatico, come ingegnosamente lo ha chiamato il Rouvier, nei casi in cui è utile escludere dalla grande cavità sierosa una superficie sospetta o inquinata (ferita intestinale riparata con sutura ermetica, ferita uterina di un taglio cesareo sospetto). Nei casi in cui si è costretti a lasciare un grosso drenaggio pelvi-addominale è della maggiore importanza distendere ed abbassare il grande epiploon in modo da avvolgerlo, come in un grembiule, il pacchetto intestinale; così in contatto del drenaggio e della lesione sospetta o infettata si cercherà di portarvi il grande epiploon.

È per questa ragione che prendendo la parola, dopo Veit, Schauta e Jacobs, al Congresso di Berlino, io dissi di non aver compreso lo spirito e la portata delle affermazioni nichiliste del Veit, che, secondo me, rappresentano delle vere eresie e che, se accettate, ci riporterebbero alla tecnica laparotomica di venti anni

addietro quando, operatori novizi, troppo preoccupati dei ricordi scolistici del *noli me tangere* della sierosa peritoneale, avevano fretta di chiudere l'addome trascurando nei suoi più importanti dettagli la completezza dell'operazione. E mi piace ripetere quello che dissi al Congresso: che la *religione dell'asepsi*, che ha reso possibile i più grandi interventi laparotomici, deve esser intesa in tutta la sua profondità scientifica e tecnica, non ammettendosi che si possano trascurare dei dettagli, delle minuzie, dei particolari, dal cui complesso è risultato il meraviglioso tecnicismo che la scienza e la pratica hanno incessantemente perfezionato nel volgere degli ultimi decenni e che ci ha assicurati i grandi successi che ogni giorno otteniamo.

L'antisepsi più scrupolosa delle mani, anche se durante la operazione sono inguantate, è indispensabile, ed io sono rimasto fedele al metodo del bagno in tintura di iodo, preconizzato ed eseguito fin dal 1893, epoca delle mie prime laparotomie. Il guanto giallo di iodo è per me una precauzione assai più preziosa del guanto di caucciù. Ed anche dopo di avere introdotto sistematicamente l'uso dei guanti nella laparotomia, non ho rinunciato al bagno delle mani in tintura di iodo che mi assicura, con lo spazzolamento successivo, una pulizia completa delle diverse regioni, e mi garantisce, in caso di perforazione o di rottura del guanto, dal pericolo di una inquinazione delle ferite peritoneali.

La scrupolosa preparazione della cute dell'addome, del monte di venere, della vulva e delle vagina, in ogni laparotomia, è anche una condizione necessaria per una buona profilassi peritoneale.

E voglio ricordare che prima ancora che l'uso della tintura di iodo si generalizzasse come metodo comune di antisepsi della cute, io l'adopevo nella mia clinica, sollevando spesso negli spettatori un senso di sorpresa per un metodo che consideravano eccessivo. Negli anni seguenti ho realmente moderato l'uso della tintura di iodo, specialmente per la cauterizzazione della mucosa vulvo-vaginale e anche della cute delle grandi labbra e del perineo. Queste cauterizzazioni non riescono del tutto innocenti; ciò che mi ha condotto ad adoperare delle soluzioni più attenuate e che riescono egualmente utili. Ho voluto, non rivendicare un metodo, a cui, forse, fra' primi ho dato le maggiori contribuzioni ed applicazioni cliniche, perchè disdegno da rivendicazioni sempre inutili, ma ricordare la mia pratica ventennale, ora che si considera come una novità questo mezzo di disinfezione estemporanea ed utilissima della cute e che quasi tutti i chirurghi sono animati come da un *furor*, pitturando di tintura di iodo spietatamente cute addominale, collo dell'utero, vagina, vulva e regioni adiacenti.

La bocca, il naso, i capelli dell'operatore, degli aiuti e delle persone che sono nella camera laparotomica debbono essere ben garantiti contro il pericolo di proiezione di liquidi infetti o di pulviscoli infettanti.

È un fatto dimostrato che in ogni laparotomia penetrano dei batterii nella sierosa, e che è assolutamente impossibile di operare, dal punto di vista batteriologico, in maniera sterile. Ma per queste conoscenze acquisite, più rigoroso si rende il dovere del chirurgo di diminuire con tutti i mezzi il numero dei germi e possibilmente ridurli al minimo ed esclusivamente a quelli dell'aria ambiente, i quali, sembra, siano inoffensivi, a condizione che vengano in contatto di una sierosa che ha conservato le sue qualità fisiologiche e i suoi poteri di difesa.

Questa innocenza dei germi dell'aria che è stata, nel Congresso, in formula quasi assiomatica, proclamata dal Franz, ed accettata senza discussione, io cercai di dimostrare fin dal 1892 con esperienze su animali di cui parlai nel mio lavoro sull'asepsi laparotomica, pubblicata nel 1893. Sulla base dei detti esperimenti di laboratorio — risultati il cui valore in seguito io stesso considerai d'interpretazione troppo assoluta, poichè io sperimentavo su animali, il cui peritoneo, come è noto, è straordinariamente resistente ai germi dell'aria ed anche ai germi che pullulano sui peli e sulla loro cute—sulla base dunque di quegli esperimenti io mi sentii autorizzato ad abbandonare lo *sprey* (polverizzatore di acido fenico) che allora era in voga nelle cliniche universitarie ed ospedaliere napoletane, e di operare di laparotomia nei tuguri, nei bassi dei quartieri popolari e poveri di Napoli, con risultati che per quel tempo sembravano meravigliosi, mentre dai più veniva gridato alla temerarietà dei miei interventi in condizioni così sfavorevoli di ambiente. L'avvenire ha dimostrato che la mia non era temerarietà, è mi è stato riserbata la soddisfazione di ascoltare, in un Congresso mondiale, dalla parola di uno fra i più grandi laparotomisti tedeschi che i germi contenuti nell'aria e formanti una gran parte dei germi che si riscontrano nella sierosa, dopo una laparotomia, sono inoffensivi. La quale affermazione potrebbe non sembrare eccessiva se si completa con l'altra e cioè che l'operazione sia condotta con metodo fisiologico nel senso più generale e più comprensivo del termine: asepsi di tutto ciò che è in contatto con la sierosa e con le ferite, correttezza anatomica nella tecnica operatoria, senza la quale ultima condizione l'asepsi anche più scrupolosa delle mani, degl'istrumenti e delle garze non ci mette al coverto del pericolo di una infezione acuta o attenuata.

La peritonizzazione delle ferite, dei peduncoli rappresenta dun-

que una condizione indispensabile di una buona e corretta profilassi peritoneale; con essa non solo si evita che le ferite restino aperte e quindi secernenti, ma s'impedisce che si verifichino pericolose aderenze dei visceri mobili, le quali, per i processi neofornativi immediati e per le paresi e qualche volta paralisi intestinali che determinano, possono rappresentare la causa di trasmigrazioni di microrganismi endogeni nel peritoneo, di pseudo-strozzamenti intestinali o di vere e proprie occlusioni. Infine, bisogna considerare il pericolo a distanza, quello della occlusione intestinale per retrazioni di briglie cicatriziali, per stiramenti, torsioni, ecc.

*
* *

Dal Congresso è risultato con consenso quasi unanime che il migliore *materiale di sutura e di legatura* è il catgut. Da circa dieci anni io non adopero che catgut, ritirato da diverse case produttrici già bello e pronto per esser usato. Dal punto di vista della solidità e dell'assorbibilità certamente il catgut è un buon materiale per legatura e per sutura. Non lo è ugualmente dal punto di vista asettico. I chirurghi debbono affidarsi ciecamente ai produttori che non possono dare sempre delle garanzie assolute sul materiale che preparano. Sono noti infatti dei casi di tetano mortali, sopraggiunti al 9° o 10° giorno di una laparotomia per ciste ovarica o per miomectomia, e che furono certamente causati da spore contenute nel catgut preparato da case che pur ne assicuravano la buona qualità e l'asepsi. Bisognerebbe avere la garanzia assoluta che il catgut non provenga da animali tetanici e perciò le case produttrici dovrebbero essere sotto il controllo rigoroso scientifico e forse meglio sotto il controllo di istituti sanitari governativi.

In questo modo, si potrebbe anche ritirare il catgut grezzo e prepararlo nella stessa clinica con uno dei processi più in voga, per es. quello del bagno in tintura di iodo e successivamente in alcool; così se ne avvantaggerebbe l'economia, perchè i catgut preparati asetticamente dalle case di commercio sono abbastanza costosi.

Il filo di celluloido, (*Zelluloidzwirn*), di cui alcuni relatori hanno parlato al Congresso, se realmente risponde alle esigenze di resistenza e di assorbibilità, come si afferma, potrà rappresentare l'ideale dei materiali di legatura e di sutura dal punto di vista asettico, perchè esso può essere sterilizzato all'autoclave.

*
* *

Fra le condizioni fondamentali della profilassi dell'infezione peritoneale è quella di cercare che liquidi settici e non settici non

si effondono nella sierosa nel corso della laparotomia; questa effusione non può del resto evitarsi in tutti i casi e quando fosse avvenuta, bisogna estrarli accuratamente. Si comprende che un fattore importante di profilassi, in questi casi, è rappresentato dall'isolamento quanto meglio possibile della sierosa viscerale dalla regione operata; ed allorchè questa è infettata, di fognarla all'esteriore.

Due mezzi abbiamo a nostra disposizione: 1. l'aspirazione con la forza del vuoto (sifone idraulico o elettrico); 2. il drenaggio.

Il *sifone idraulico*, che io ho adottato nella mia clinica, è un apparecchio semplicissimo, di costo moderato e che può esser usato in ogni sala operatoria purchè vi sia un rubinetto ad acqua corrente e una vasca di scarico. Consiste in una tromba aspirante attivata dall'acqua corrente, che si adatta sopra un comune rubinetto. L'aspirazione della tromba produce il vuoto in un serbatoio—una grossa boccia—e con questo mezzo si ottiene l'estrazione rapida di liquidi contenuti in tumori cistici e in raccolte marciose, o di liquidi effusi nella cavità peritoneale.

L'apparecchio è di un funzionamento facile e sicuro e non dovrebbe mancare in nessuna sala di laparotomia.

Siamo così arrivati alla questione del drenaggio del peritoneo: questione sempre all'ordine del giorno, sempre discussa ed eminentemente discutibile e sulla quale forse si potrebbe trovare una linea di accordo se non venisse trattata, come spesso si fa, in una maniera generale ed astratta ma, caso per caso, individualizzando i fatti: così dai casi particolari potrebbe ricavarsi un utile insegnamento per la pratica.

In quest'ultimo decennio, la mia evoluzione laparotomica mi ha portato sempre più a restringere la indicazione del drenaggio, e, per meglio dire, mi ha condotto ad una *migliore indicazione del drenaggio* e ad una *migliore tecnica*.

Innanzi tutto, allo stato attuale dei nostri progressi sulla tecnica laparotomica, l'accordo dovrebbe essere completo sul principio generale che nei casi in cui le ferite peritoneali sono state completamente riunite, cioè perfettamente peritonizzate, e l'operazione s'è svolta in condizioni normali, cioè senza alcuna infezione endogena, l'addome debba esser ermeticamente chiusa.

In questi casi invero il drenaggio non ha nessuna ragione di essere per un laparotomista cosciente, cioè per chi è sicuro di non avere, per proprio conto, determinata alcuna causa d'infezione exogena. In altri termini, un operatore asettico non può nè deve temere le ferite del peritoneo in tutti i casi in cui queste ferite non siano state infettate. Le operazioni per cisti ovariche semplici, per fibroma uterino, per ovariectomia uni o bilaterale, per salpin-

gectomia uni o bilaterale, per isterectomia sopravaginale, per raccorciamento dei legamenti rotondi nei casi di retroversione mobile dell'utero, per istero-plastiche nei fibromi o per resezioni parziali dell'utero nelle forme semplici emorragiche, non comportano alcun drenaggio.

Nelle asciti libere, che spesso accompagnano un tumore ovarico o uterino e che potè essere asportato, non ho mai lasciato drenaggio e la chiusura ermetica dell'addome mi ha dato una completa guarigione. Ho avuto cura in questi casi di prosciugare per quanto meglio è stato possibile la cavità peritoneale e da quando ho introdotto l'aspiratore idraulico, di estrarre quasi del tutto il liquido ascitico.

Nei casi invece di inondazione peritoneale per gravidanza tubarica rotta o semplicemente abortiva, ricorro sistematicamente al drenaggio vaginale. In questi casi, il drenaggio per me diventa una condizione obbligatoria: perchè io incomincio con la colpotoomia posteriore a scopo di più sicura diagnosi allorchè v'è ragione di dubbio. Quando invece questo dubbio non esiste e si opera quasi *in extremis*, non faccio la colpo-celiotomia primaria; espletata la operazione per via addominale nel più breve tempo possibile, asporto con le mani a giumelle i coaguli sanguigni più voluminosi, e estraggo il sangue liquido col sifone; chiudo allora l'addome tenendo l'inferma in posizione declive, e procedo subito dopo alla colpotoomia posteriore e alla fagnatura con un tubo di caucciù che fisso con crine al margine della ferita vaginale. Questa condotta, che a me sembra la più razionale, non è seguita generalmente dai laparotomisti, i quali sono piuttosto contrarii a qualunque drenaggio sia addominale che vaginale, contentandosi di portar via quella quantità di sangue possibile e lasciare alla sierosa il compito di riassorbire il sangue rimasto nella cavità peritoneale.

Nei casi di operazione per ematocele, dopo lo svotamento addominale dell'ematocele e l'ablazione dell'annessò in totalità o meglio, come preferisco, dell'ablazione isolata della salpinge, ricorro anche al drenaggio vaginale con tubo di gomma.

Il drenaggio è poi indispensabile in tutti i casi in cui, nel corso dell'operazione, vi è stata una causa *certa* d'infezione endogena. Questa *certezza* d'inquinamento endogeno del resto non si può avere che in speciali casi, perchè, come è noto, non tutte le raccolte puriformi sono infettanti.

Kelly, Küstner, Schauta, Wertheim, Döderlein, ricorrono all'esame estemporaneo del pus e credono così di tranquillizzare la loro coscienza chirurgica; ma noi giudichiamo che questo modo di agire è poco pratico ed in ogni modo non del tutto sicuro, giacchè l'esame batterioscopico non basta a

dirci se il pus è amicrobico, ciò che solo la coltura può risolvere in maniera indubbia.

Anche l'apertura accidentale dell'intestino e della vescica non autorizzano al drenaggio in tutti i casi, a meno che non vi sia stata irruzione di materie fecali o di una grande quantità di urina notoriamente infetta; in questi casi bisogna drenare e ben drenare, perchè un semplice sacco di Mikulicz, non solo non riuscirebbe a limitare o exteriorizzare il campo infetto, ma avrebbe un effetto opposto, contribuirebbe cioè alla più sicura infezione della sierosa.

Nei casi di pus icoroso, di odore fecaloide; nei casi di fibromi in isfacelo, nei casi di cancri ulcerati del collo, il drenaggio s'impone, ed in tutti questi casi esso deve esser generoso, largo, e possibilmente addomino-vaginale

Sulla tecnica del drenaggio e sul materiale del drenaggio, dico subito che, dopo i risultati personali ottenuti col sacco di Mikulicz, io l'ho negli ultimi anni abbandonato del tutto.

In vero il sacco di garza s'imbibisce subito di sierosità e di pus ed allora finisce il suo potere assorbente e fa piuttosto da tappo anzichè da conduttore dei liquidi profondi.

D'altronde nelle prime ore in cui lo zaffo è sequestrato dalle anse intestinali e dall'epiploon, il sacco di garza infettato trasmette la infezione alla sierosa circostante. Infine, il ritiro del sacco di Mikulicz, nonostante i mezzi ingegnosi escogitati per renderlo più facilmente distaccabile dalle anse, è sempre difficoltoso, è dolorosissimo, e spesso trascina con sè un'ansa intestinale.

Io adopero un tubo di caucciù di grosso calibro, sforacchiato, dentro cui passo una miccia di garza al vioformio; questa miccia viene cambiata una o due volte al giorno, secondo la necessità.

E poichè questo tubo agisce molto bene come conducente dei liquidi profondi, ma non riesce egualmente bene come isolante, nei casi in cui occorre principalmente questo isolamento, adopero il drenaggio misto, consistente in un fascio di garze al vioformio, al cui centro si trova uno o due tubi di caucciù a miccia di garza, e alla cui periferia vi è un foglio di caucciù laminato. Il drenaggio così confezionato riesce isolante ed ha un potere assorbente grandissimo. La camicia di caucciù laminato permette di ritirare quotidianamente le strisce di garza ed i tubi mediani di gomma resistente sono come una guida per portare fino in fondo le nuove strisce secche di garza al vioformio.

Una buona precauzione è quella d'isolare il drenaggio dalla pelle.

A questo scopo si sutura con fine catgut la camicia di caucciù laminato al forame cutaneo e si cauterizza con tintura di iodo la

cute circostante. Questa cauterizzazione è utile ripeterla ogni volta che si rinnova il drenaggio centrale.

Per quanto questa maniera di fare il drenaggio rappresenti, a mio avviso, il miglior mezzo di fognatura addominale, non è men vero che il drenaggio per questa via non è certamente l'ideale, sia come drenaggio per se stesso sia per gl'inconvenienti e accidenti successivi (sventramento, aderenze intestinali, gomiti intestinali, occlusioni parziali o totali).

Nei casi d'inquinamento certo e grave è al drenaggio addomino-vaginale che bisogna ricorrere, o praticando una contro-apertura attraverso il fornice vaginale posteriore o svtotando completamente la piccola pelvi, cioè ricorrendo all'ablazione totale dell'utero. Quando si può conservare l'utero, è bene evitare questa complicazione operativa che apre una più larga via alla infezione, cioè il cellulare sotto-peritoneale che, come è noto, si difende assai male contro i germi patogeni.

Il drenaggio addomino-vaginale viene da me eseguito nel modo seguente; attraverso la bottoniera del fornice posteriore — bottoniera larga e risultante da due tagli perpendicolari, uno verticale e l'altro orizzontale — si passa il fascio di garza al vioformio circondato da caucciù laminato, e al cui centro si trova il solito tubo di gomma. Dalla via addominale si passa egualmente un fascio di garza confezionato nella stessa maniera.

Trascorse le prime 48 ore, si può ritirare il contenuto dall'involucro di caucciù laminato, e sostituirvi un tubo di gomma resistente asportando anche l'involucro di caucciù; allora restano in sito i soli tubi di gomma forte, l'addominale ed il vaginale, comunicanti, attraverso i quali si può irrigare con una soluzione leggermente antisettica o semplicemente fisiologica e lavare così il campo drenato. In alcuni casi, intorno al tubo centrale di gomma, invece di garza al vioformio, metto tutta una serie di drenaggi a sigarette, che vengono rimossi assai facilmente una volta o due volte al giorno.

Per potersi garentire che il drenaggio vaginale non riesca nocivo per infezione ascendente, è indispensabile disinfettare bene la vagina. Questa disinfezione deve farsi sempre in ogni operazione laparotomica, anche nei casi in cui si preveda una operazione facile e semplice. Allorchè questa precauzione iniziale non si è presa, si passerà una soluzione di iodo sulle pareti vaginali, sul collo dell'utero, sulla vulva.

E utile ancora, allorchè si è ritirata la garza e la camicia di caucciù laminato, di isolare il tubo di gomma in mezzo a strisce di garza al vioformio.

Il drenaggio vaginale è per me una indicazione indispensabile

nelle isterectomie totali, specialmente per cancro del collo. Non possiamo perciò assolutamente convenire con la tecnica di B u m m che chiude ermeticamente, anche in questi casi, il peritoneo del piccolo bacino con una peritonizzazione mirabile dal punto di vista della medicina operatoria, ma non commendabile da quello clinico. La mortalità elevata che registra il B u m m nelle sue pan-isterectomie per cancro potrebbe esser messa a carico di questa sistematica abolizione del drenaggio vaginale.

..

Di alcuni fra' mezzi preconizzati per cercare di aumentare artificialmente la resistenza del peritoneo all'infezione non ho pratica personale, non avendo sperimentato nè l'uso delle iniezioni sottocutanee del nucleonato di soda, nè quello delle iniezioni intraperitoneali di olio canforato al 10 %.

Ricorro spesso nella mia clinica alle iniezioni ipodermiche di eletrargolo, e spesso ancora alla iniezione di soluzione di collargolo attraverso i tubi a drenaggio, dopo che gli stessi sono stati isolati dalle aderenze protrettrici; ma non sono in grado di dire se con questi mezzi io ho ottenuto dei vantaggi segnalati in confronto di mezzi simili adoperati da altri laparotomisti.

Un metodo di profilassi peritoneale dal quale ripeto un miglioramento innegabile nelle mie laparotomie è la *razionale preparazione preoperatoria dell'ammalata*, sulla quale non è mai abbastanza d'insistere perchè non sembra si dia a questa preparazione tutta l'importanza che essa merita. In America ho veduto che in generale negli ospedali gli infermi sono laparotomizzati dopo averli purgati il giorno precedente, e spesso senza nemmeno questa precauzione elementare. In parecchie delle cliniche francesi e tedesche si dà poca importanza alla preparazione intestinale. Al Congresso di Berlino alcuni fra i più autorevoli relatori, il Lec é n e fra questi, non hanno fatto nemmeno cenno della necessità di questa preparazione preoperatoria dell'infermo.

La clinica della laparotomia mi ha insegnato che questa preparazione è indispensabile; in fatti i decorsi post-operativi sono più e meno favorevoli secondo che gl'infermi furono più o meno accuratamente preparati all'operazione.

Questa preparazione è generale e principalmente *intestinale*.

All'infuori dei casi di assoluta urgenza, — gravidanza tubarica rotta, appendicite perforata, rottura di una sacca purulenta — in tutti gli altri l'infermo deve esser bene studiato in tutti

i suoi apparati e migliorato con i presidi terapeutici nelle funzioni di organi o di apparati deteriorati.

Io non entrerò nei particolari di questo trattamento che è multiplo ed investe tutta una grande varietà di casistica clinica.

Voglio solo richiamare l'attenzione sulla necessità della preparazione intestinale che ha più stretti rapporti con la profilassi peritoneale.

Studiando le diverse serie delle mie laparotomie, mi era risultato una differenza notevole nel decorso post-operatorio delle inferme che vennero meglio e più lungamente curate nel loro intestino prima dell'operazione e di quelle che o per indicazioni di urgenza o perchè non furono da noi stessi dirette e vigilate, o, come avveniva nelle nostre prime centurie, troppo frettolosamente portate all'operazione.

Questi risultati sono assai differenti, come risulta dalle cifre seguenti :

Su 537 laparotomie, in cui la preparazione preoperatoria intestinale o non poté aver luogo o fu poco accurata, il 20 % delle laparotomizzate ebbero decorso febbrile, a grado diverso, con sintomi addominali più o meno accentuati (meteorismo, paresi o paralisi gastriche e intestinali acute o secondarie).

In un'altra serie invece di 433 laparotomie, in cui questa preparazione metodica intestinale preoperatoria fu scrupolosa e della durata di almeno otto giorni, la proporzione dei decorsi febbrili post-operatorii è scesa a circa il 5 %, con sintomi gastrici e intestinali assenti o poco accentuati.

Il trattamento intestinale preoperatorio è complesso, cioè dietetico,—per ridurre al minimo la putrefazione delle sostanze proteiche del grosso intestino e per migliorare le funzioni epatica e renale,—meccanico e medicinale per sbarazzare il tubo intestinale di materiali antichi e per eccitare la muscolare ad una migliore e più regolare peristalsi

*
**

Con i metodi di tecnica gradatamente ed incessantemente perfezionati, in circa 12 anni (gennaio 1900, luglio 1912) ho eseguite 1463 laparotomie, vaginali ed addominali, con i seguenti risultati:

celiotomie vaginali; casi 623 - 14 morti - mortalità 2,30 %;
celiotomie addominali; „ 844 - 43 „ - „ 5,10 %.

La superiorità che risulta da queste cifre per gl' interventi vaginali è evidente; bisogna pertanto riflettere che i casi in cui fu indi-

cata la via vaginale erano i meno gravi, mentre fra le operazioni addominali sono compresi i grandi interventi fra i quali la panisterectomia per cancro del collo che nelle cliniche dei più esperti laparotomisti dà ancora una mortalità operatoria dal 21 per %

Bum m) al 10 per % (Wertheim).

Ora, di questi grandi e gravi interventi la mia statistica laparotomica addominale ne conta un numero considerevole, e ciò attenua di molto l'impressione del procento di mortalità che può sembrare forse elevato.

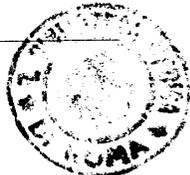
Bisogna ancora riflettere che i miei casi di laparotomie appartengono alla clientela privata, e che quindi non comportavano indicazioni operatorie relative; in generale erano casi in cui l'intervento aveva indicazioni pressochè assolute, ed in questi casi le ammalate in generale si presentano in condizioni meno favorevoli. Mi è di soddisfazione tuttavia far rilevare come in una serie di 538 laparotomie per fibromiomi, con inferme in tutti i gradi di idremia, la mortalità fu bassissima, e cioè dell'uno e mezzo per cento.

È interessante infine notare che nell'ultima serie, riferita al Congresso di Berlino, di 152 laparotomie eseguite con rachi-anestesia non ho perduto alcuna inferma.

In questo cenno statistico laparotomico non son comprese le laparotomie eseguite nel mio primo periodo laparotomico che va dal 1893 al 1900, e sono escluse anche tutte le laparotomie per indicazioni non strettamente ginecologiche (operazioni per appendicite, per occlusioni intestinali, per ernie inguinali, crurali, ombelicali, per sventramenti secondarii attraverso cicatrici laparotomiche, sul fegato, sui reni, sulla vescica, ecc).

La mortalità globale, sulle 1463 laparotomie vaginali ed addominali, fu dunque di 57 casi, equivalente cioè a 3,80 per cento.

Le statistiche portate al Congresso da alcuni relatori, ed in generale le statistiche dei laparotomisti più noti, presentano una mortalità eguale e spesso più alta di quella da me avuta. Probabilmente la differenza è a carico della casistica ospedaliera che comprende infermi più deteriorati ed in condizioni di resistenza organica meno adatti a sopportare le conseguenze della laparotomia. Bisogna pertanto convenire che i perfezionamenti di tecnica, gli speciali accorgimenti chirurgici e clinici e principalmente la scelta del momento operativo e la buona preparazione dell'inferma sono degl'importantissimi coefficienti che contribuiscono a far scendere il tasso di mortalità.



27755

