



DOTT. FRANCESCO PARONA

Misc. B. 47. 51

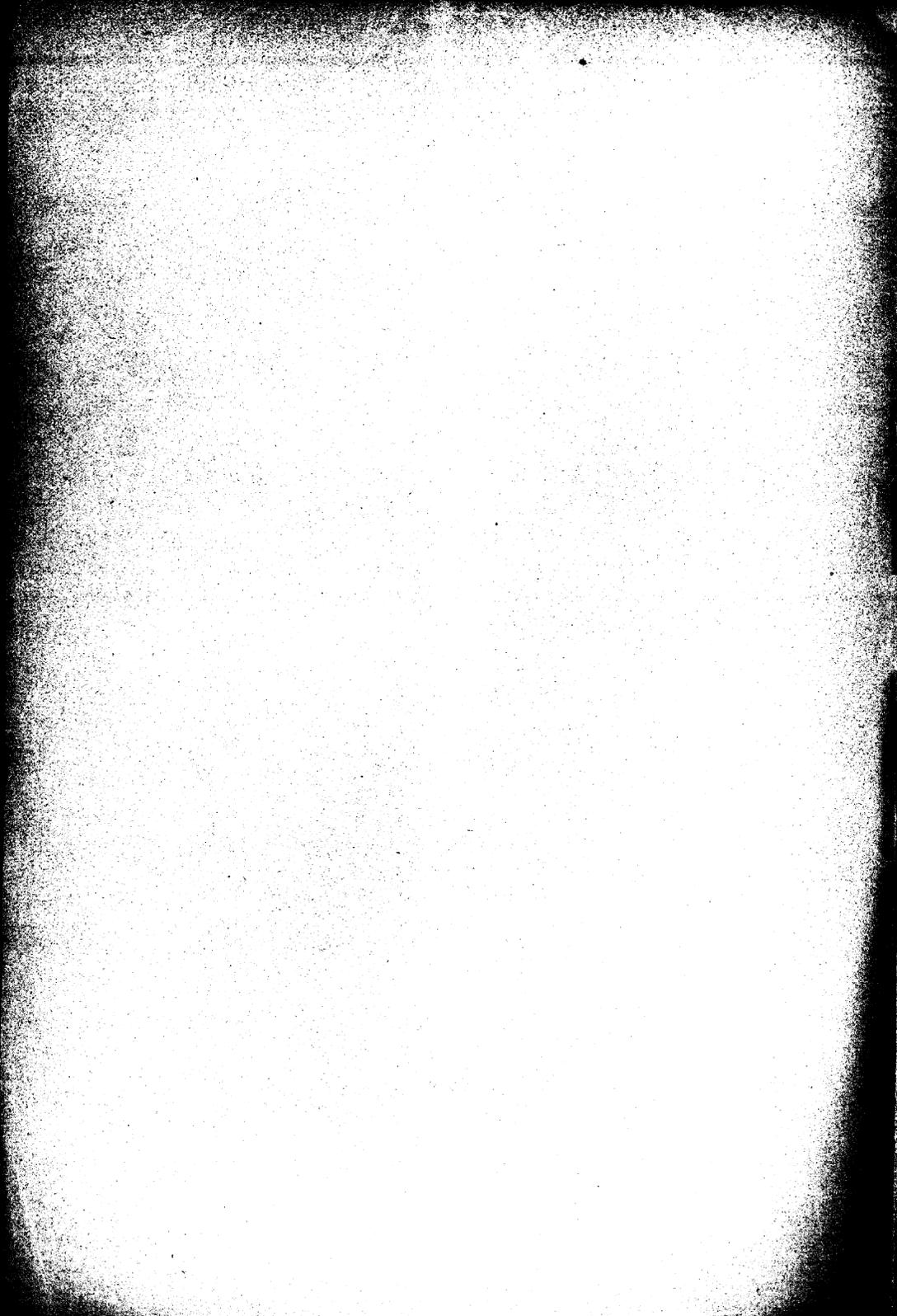
NOTE ED APPUNTI ALL'OPERAZIONE DEL TALMA

NELL'ASCITE DA CIRROSI EPATICA

Estratto dal POLICLINICO, Vol. X-C., 1903



R O M A
N. 6 - Via del Caravita - N. 6
1903



DOTT. FRANCESCO PARONA

NOTE ED APPUNTI ALL'OPERAZIONE DEL TALMA
NELL'ASCITE DA CIRROSI EPATICA

Estratto dal POLICLINICO, Vol. X-M., 1903

ROMA

N. 6 - Via del Caravita - N. 6

1903

Mane
30
1903

Roma, 1903. — Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

Note ed appunti all'operazione del Talma nell'ascite da cirrosi epatica

per il Dott. FRANCESCO PARONA.

Moltiplicandosi le pubblicazioni sull'operazione del Talma (epiploplexi) per la cura dell'ascite da cirrosi epatica, crescono le divergenze sull'apprezzamento dei concetti che indussero il Talma alla sua proposta, sul modo di operare e sull'opportunità ed utilità dell'operazione stessa.

Proprio in questi giorni il Caponotto (1) ebbe a scrivere che « fino a quando nuova e più viva luce non sarà gettata sulla patogenesi del versamento endo-addominale e sulle modalità operatorie, la cura chirurgica dell'ascite da cirrosi epatica sarà sempre un'utopia. » Hanot, Lecorché, Froment ed altri, dubitano che la causa dell'ascite risieda nei disturbi di circolazione interepatica; non riconoscono cioè per l'ascite una causa puramente meccanica, appoggiandosi al fatto che talora l'ascite appare in principio della cirrosi come sintomo iniziale, quando la circolazione intraepatica non è ancora compromessa.

Ma la grande maggioranza di quelli che scrissero in argomento praticarono e consigliarono l'operazione del Talma al preciso scopo di sta-

(1) CAPONOTTO. Rassegna internazionale di Medicina moderna, n. 1, 1902.

bilire una circolazione collaterale fra la vena porta e la cava; attribuendo esclusivamente alla formazione di un nuovo circolo venoso ed alla validità di esso la scomparsa dell'ascite e dei disturbi concomitanti. E fu appunto nell'intento di meglio applicare questo concetto che il metodo operatorio del Talma venne già in diverse maniere modificato colle proposte: del Morrison, di aggiungere all'innesto epiploico, il drenaggio e la doppia incisione; di Schiazzì, coll'eseguire una estesa plastica delle pareti addominali col grembiale epiploico; del Titorf, colla splenopexi; dell'Eiselberg, colla sutura della cistifellea, e con altre proposte che tralascio per brevità dal ricordare.

Resta quindi stabilito che su questo tema rimane ancora molto da studiare onde venga definita la portata terapeutica dell'operazione in parola; ed un ulteriore contributo di casi è necessario ed utile raccogliere a questo scopo.

Fino ad oggi tre volte solamente a me si è presentata l'opportunità di sperimentare il metodo operativo di Talma e riferisco questi casi che mi sembrano interessanti e degni di nota.

Il primo di essi fu già pubblicato dall'egregio dott. Annovazzi (1) nel 1901: ma da quell'epoca ad oggi essendo passati molti mesi ed il collega avendo potuto raccogliere dati ulteriori importanti, credo utile di qui riportarlo testualmente, colle addizioni gentilmente fornitemi dal curante.

OSSERVAZIONE I. — G. P. di anni 47, agricoltore, cominciò nel dicembre 1899 a lamentarsi di disturbi gastrici: qualche settimana dopo notò un progressivo aumento dell'addome e più tardi anche un leggiero edema agli arti inferiori. Era un bevitore strenuo; da tre a quattro litri di vino al giorno e ben di frequente anche sei o sette. Da una quindicina d'anni soffre di dolori artritici e gottosi curati con liquore Laville e con granuli di aconitina e colchicina dei quali abusò. Non ebbe malattie veneree; è padre di tre figli sani e robusti. Lo vedo per la prima volta il 3 febbraio 1900: uomo di costituzione scheletrica robusta, con scarso pannicolo adiposo; addome molto disteso a forma di batracio; alla percussione ed alla palpazione mostra di contenere del liquido, mobile nelle varie posizioni: il suono timpanico dello stomaco arriva fino alla V costola: la milza si sente alla palpazione molto ingrossata e nella posizione sul fianco destro la si percepisce a quattro dita trasverse oltre il margine costale; il fegato non è percepibile alla palpazione e nemmeno delimitabile alla percussione. Vene superficiali dell'addome *visibili*; l'addome misurava all'ombelico 108 cent. di circonferenza, estremità inferiori edematose. L'area cardiaca non delimitabile; l'urto della punta appena percettibile nel quarto spazio intercostale; toni oscuri, leggermente accentuato

(1) ANNOVAZZI. *La cura della cirrosi epatica colla deviazione chirurgica del sangue portale*. Riforma medica, 1901.

il II nel focolaio aortico; niente ai polmoni, niente ai reni, quantità di urina giornaliera 500 cc. Vi è un leggiero grado di ateromasia. Si prescrive la solita cura; purganti diuretici e dieta lattea; nessun miglioramento, le urine si mantengono intorno ai 500 cmc.

Pochi giorni dopo, in visita consultiva, viene il chirurgo primario dell'ospedale maggiore di Novara, dott. F. Parona, il quale, visto il nessun miglioramento dato dalle cure mediche consigliò l'operazione del Talma che venne fatta il 18 marzo 1900 all'abitazione del malato in campagna. In causa delle condizioni piuttosto gravi del paziente non si credette opportuno di cloroformizzarlo e si ricorse all'anestesia locale colla cocaina.

L'incisione lunga circa 15 cent. venne fatta tra l'ombelico ed il pube un po' a sinistra della linea mediana; arrivati sul peritoneo si svuota con un tre quarti il versamento che era di circa 12 litri. Si incide poi il peritoneo parietale, si afferra il grande epiploon e con parecchi punti di cucitura si fissa alla parete addominale includendolo fra il peritoneo ed i fasci del muscolo retto anteriore: sutura della pelle.

Il giorno dopo l'infermo è preso da dolore e gonfiore alle articolazioni del pugno e del gomito destro, dolori che nei giorni successivi prendono anche il ginocchio sinistro accompagnandosi a febbre leggiera 38, 5, 38, 7; si prescrive del salicilato di soda e di chinina; i dolori vanno attenuandosi e la febbre scompare. In quinta giornata, prima medicazione, si tolgono i punti alterni; in decima si tolgono i rimanenti punti. Le urine che prima dell'operazione erano come dissi in quantità di circa 500 cmc. aumentano e si mantengono per alcuni giorni a 1000-1100 cmc. L'addome torna ad aumentare di volume ed al 17° giorno dopo l'operazione devo fare una paracentesi colla quale estraggo circa 7 litri di liquido; una seconda ne pratico 25 giorni dopo la prima e ne estraggo quasi altrettanto; una terza venne fatta 60 giorni dopo la seconda, e questa più per accondiscendere alle incessanti richieste del paziente ed infatti furono estratti solo 4 litri di liquido: dopo questa terza paracentesi l'addome non è più aumentato di volume e così si è conservato a tutt'oggi (18 luglio 1901). Le urine andarono gradatamente aumentando ed ora oscillano intorno ai 2000 cmc. Il paziente ha guadagnato in peso, da 81 chilogrammi prima della malattia è salito ora ad 88: attende ai suoi affari senza risentire disturbo alcuno, eccettuata forse una più facile stanchezza. La dieta prescrittagli è seguita in modo piuttosto regolare; prevale in essa il latte, i grassi ed i vegetali: qualche volta abusa di vino bevendone talora più di un litro e mezzo al giorno. Il fegato impicciolito si palpa col margine duro tagliente: la milza *dopo l'operazione* incominciò a diminuire; ora è appena percepibile nelle inspirazioni. Qualche traccia di liquido si riscontra ancora nella cavità addominale, che però rimane stazionaria da oltre undici mesi.

Desideroso di avere dell'operato più recenti notizie ne richiesi al dottor Annovazzi che in data 17 novembre 1902 (cioè, due anni dopo l'operazione) cortesemente mi rispondeva quanto segue:

« Il G. P. si trova in ottimo stato di salute; anche i dolori reumatici e gottosi cui andava soggetto prima dell'operazione si sono attenuati di assai; può mangiare qualunque cibo senza avere disturbo alcuno, beve un litro di vino o poco più al giorno; si stanca forse un po' più facilmente e dopo il pranzo è preso da un po' di sonnolenza presto vinta. Prima dell'operazione pesava 81 chilogrammi, ora ne pesa 95. Nell'addome non si sente liquido od almeno non è rilevabile all'esame. Non vi è sviluppo di circolazione sottocutanea, circonferenza dell'addome a livello dell'ombelico cm. 114, fegato non debordante dall'area costale, la milza

deborde di circa 5 cm. (ha avuto però or sono due mesi febbre malarica che curò con esanofele). Sopra all'ombelico si sente come un cordone trasversale più sviluppato verso destra dove oltrepassa di circa 6 centimetri la linea mediana, mentre a sinistra l'oltrepassa di due a tre centimetri; ha la grossezza di circa un uovo di gallina del quale ha quasi la forma se se ne eccettui una lunghezza maggiore (epiploon aderente?). Lo stato generale è soddisfacentissimo. Quest'anno il G. P. si è recato a S. Vincent a farvi una cura di acque e l'anno passato si è recato per lo stesso scopo a Bognanco » (1).

OSSERVAZIONE II (redatta dal curante dott. O. Nobili). — C. . . . G. . . . di Omegna, di anni 60, presenta nulla di notevole nel gentilizio, nè fece malattie di importanza.

Il suo metodo di vita fu molto disordinato, facendo largo uso ed abuso di vino e di bevande spiritose.

I primi disturbi della malattia per la quale ricorse a me datano da circa tre anni ed ebbi a consigliargli una cura dietetica rigorosa lattea, ed una cura di ioduro, di sali di Carlsbad, ecc., alle quali prescrizioni però non si attenne.

Verso i primi di gennaio 1901 rividi l'ammalato che avendo seguitato nella sua vita disordinata di bevitore impenitente presentava dimagrimento notevole e colorito pallido gialliccio, accusava debolezza generale, mancanza di appetito, senso di pienezza, eruttazioni, gastralgie, vomiti mattutini mucosi, meteorismo, defecazioni diarroiche, perdite sanguigne emorroidali, urine scarse e oscure. Alle gambe edema che verso sera arriva alla coscia.

L'addome è piuttosto teso, con lieve marezzamento venoso e presenta lieve versamento ascitico libero. Il fegato notevolmente ridotto, la milza ingrandita quasi del doppio.

Nulla di notevole ai polmoni, nulla al cuore, nulla di rilevabile ai reni. Le urine sono, come già dissi, scarse, di color rosso cupo, di alto peso specifico.

Non si trova albumina nè glucosio.

Trattasi qui di una volgare cirrosi di Laennec.

Peggiorando il C. . . . e l'ascite avendo assunto proporzioni notevoli consigliai, prima di addivenire alla solita paracentesi, di consultare il prof. Parona il quale pur riconoscendo lo stato avanzato del male, propose in via di esperimento l'operazione del Talma.

Il 3 settembre 1901 lo stesso prof. Parona operò il C. . . a domicilio, col concorso mio e di altro collega, colla semplice anestizzazione locale e col solito procedimento dell'incisione mediana tra l'ombelico e la cartilagine xifoide. Aperto il ventre si estrassero otto litri di liquido citrino limpido. Vennero fissati 6 o 7 centimetri del grande epiploon negli interstizii della breccia che venne suturata con parecchi punti a triplice piano.

(1) Il dott. T. CARINI in un suo lavoro pubblicato nella *Gazzetta degli Ospedali* 24 agosto 1902, elencando un discreto numero di casi di operazioni alla Talma dice aver omessi tutti quelli nei quali all'atto operativo si riconobbe errata la diagnosi e quelli poi quali il tempo decorso dall'operazione non dava affidamento sulla veridicità del fausto esito.

Il caso pubblicato dal dott. ANNOVAZZI non apparteneva nè alla prima nè alla seconda categoria, ma alla terza dei dimenticati.

Il decorso post operatorio è ottimo tanto che l'undici settembre la ferita trovasi completamente cicatrizzata.

Ma l'ascite si rifece rapidamente, ed il 15 settembre si dovette procedere alla paracentesi con esito di otto litri di liquido citrino limpido.

Successivamente la paracentesi fu ripetuta in quest'ordine:

Al 27 settembre con estrazione di 10 litri		
Al 10 ottobre	»	12 »
Al 20 »	»	12 $\frac{1}{2}$ »
Al 14 novembre	»	11 »
Al 22 »	»	12 »

Il 27 novembre il C... con sintomi sempre più spiccati di autointossicazione cadde in coma e morì.

OSSERVAZIONE III (redatta dal curante dott. Moglini). — Il sig. M... G..., d'anni 43, domiciliato a Montecarlo (Monaco) ammogliato, con 4 figli viventi e sani, impresario in costruzioni, è individuo di media statura, di sviluppo scheletrico regolare e di costituzione piuttosto gracile. Nella sua anamnesi remota si deve notare qualche ascendente o collaterale morto di tubercolosi, un fratello morto un anno fa per cardiopatia cronica ed anasarcatico.

Il M. soffersse le malattie proprie dell'infanzia e fu operato pochi anni or sono per tumori sebacei al cuoio capelluto.

Alcoolista inveterato e con abitudini di vita poco regolari fu fin da giovane soggetto a disturbi gastro-enterici. Non si poterono avere dati che valessero ad accertare infezione sifilitica.

Da circa un anno i disturbi gastro-enterici si fecero più accentuati e nella scorsa primavera il paziente comincia a notare anche un indebolimento generale progressivo, dimagrimento, stitichezza ostinata alternantesi con diarree, emorroidi con perdite sanguigne transitorie, dolori addominali e graduale aumento del ventre.

Con tutto ciò non fece cura e solo nell'estate visto da un medico della riviera fu da questi consigliato a ritornare a Nonio (Lago d'Orta) suo paese nativo.

Da me visitato il 30 luglio 1902 lo trovai con pelle e congiuntiva di tinta subitterica, assai depresso nel fisico e nel sensorio, di carattere irascibile, ipocondriaco. Le urine erano assai scarse, la minzione stentata, le feci a scibale color grigio scuro, l'appetito nullo, con temperatura oscillante fra i 37 e 38.5.

All'esame viscerale riscontrai segni di ipostasi polmonare. Apici liberi, cuore nei limiti normali con soffio sistolico alla base, polso celere (110) piccolo, senza aritmia, arteriosclerosi moderata, nessun edema. Il ventre era uniformemente globoso, prominente, teso, con base toracica divaricata. La linea zifopubica misurava cm. 45 e la circonferenza all'ombelico cm. 110. Le vene sottocutanee molto appariscenti, la cute lucida e tesa. Colla percussione e palpazione combinata si avverte distinto il senso di liquido libero che a decubito orizzontale arriva a due dita sotto l'ombelico.

Il fegato si trova evidentemente impicciolito e non si riesce a palpare il suo margine sotto l'arco costale; in alto arriva nella linea scapolare alla IX costa, all'ascellare alla VIII, alla mammillare alla VI. Gastrectasia, milza ingrossata, reni nei confini naturali.

Le urine erano non scarse 600-800 gr. nelle 24 ore, fortemente colorate,

tendenti al rosso cupo, molto sedimentose, della densità di 1024, 1026, ricche di fosfati. Albumina in ragione dell'1‰, reazione acida, emissione stentata.

Feci diagnosi di cirrosi epatica con ascite ed iniziai la solita cura. Sali di Carlsbad, ioduro di potassio, diuretici, dieta lattea, acqua di Vichy. Ma dopo soli nove giorni di cura e cioè l'8 di agosto essendo rapidamente aumentato il liquido addominale (119 all'ombelico) e le sofferenze, ed essendosi pure manifestati leggieri edemi agli arti inferiori ed alla regione lombare, e fatta più chiara l'ipostasi polmonare e la debolezza cardiaca, fui obbligato a praticare (1 volta) la paracentesi dando esito a circa 11 litri di liquido sieroso limpido citrino. Per parecchi giorni il signor M. . . . stette discretamente; con tutto ciò dopo 15 giorni dalla prima puntura fu necessario praticarne una seconda, la quale diede altri 13 litri di liquido. Vista la gravità del caso soprattutto per la rapidità della riproduzione del liquido ed il rapido deterioramento dell'infermo, fu chiamato a consulto il dott. F. Parona che confermata la diagnosi di cirrosi epatica da alcoolismo proponeva, consentendolo le condizioni dello infermo, l'operazione del Talma.

Questa fu praticata al 29 agosto 1902, cioè 4 giorni dopo l'ultima paracentesi a domicilio del paziente non essendo egli trasportabile, collo intervento dei dottori Nobili e Manfredi e dopo aver provveduto a quanto occorreva per la disinfezione dell'ambiente e dell'ammalato.

L'atto operativo fu eseguito colla anestizzazione locale di cocaina con incisione mediana tra apofisi zifoide ed ombelico. Aperta la cavità del ventre si estrassero quasi dodici litri di liquido, sebbene il ventre fosse stato svuotato quattro giorni prima, e fin qui tutto procedette spedito: ma messosi l'operatore alla ricerca dell'epiploon per fissarlo tra i margini della ferita, con non poca sorpresa di tutti i presenti si potè constatare che il grembiale epiploico era ridotto ad un cordone irregolarmente cilindrico, grosso quanto un dito contornante la grande curvatura dello stomaco. Questa imprevedibile e strana anomalia obbligò l'operatore a ricerche e maneggi nel ventre per parecchi minuti; ed essendo il paziente sveglio e poco tollerante, fu giocoforza passare senz'altro all'affrontamento di qualche piccola porzione di mesenterio al peritoneo parietale e chiudere la ferita. Tolti i punti di cucitura in decima giornata si trovò la raccolta ascitica in parte riprodotta e la ferita completamente e solidamente rimarginata. L'ascite ebbe tendenza ad aumentare fino al 15° giorno e già si ventilava la convenienza di una paracentesi per evitare una possibile e temibile distensione della giovane cicatrice ma con fasciatura ben stretta di bende di flanella la raccolta si fece stazionaria a due dita trasverse sotto l'ombelico, e così passarono altri otto o dieci giorni. Intanto per aumentare la diuresi sempre piuttosto scarsa si somministrò al paziente dello sciroppo di Fellows, delle infusioni diuretiche di bacche di ginepro, dell'acqua di Vichy, tenendo l'ammalato a dieta lattea con poca carne e poco vino.

Verso il 25° giorno dopo l'operazione cominciò a farsi manifestissimo l'aumento nella quantità delle urine ed il miglioramento generale dell'operato. Ritornatogli l'appetito egli si fece di carattere piacevole e disciplinato, scomparve il torpore intellettuale e progressivamente andò diminuendo la raccolta ascitica fino a non trovarne traccia verso il 40° giorno dall'operazione: tanto che il paziente potè dopo parecchi mesi senza stento abbottonare i pantaloni che portava da sano.

Messo sulla buona strada il sig. M. . . si mise a fare lunghe passeggiate.

giate, divenne di umore allegro, cominciò ad ingrassare, scomparve affatto la tinta itterica, ritornarono le forze, fino ad ottenere una guarigione completa.

Nella seconda metà di ottobre, visitato diligentemente l'operato, si riscontra:

Aspetto generale florido, agilità nei movimenti, intelligenza chiara, umore gioviale, appetito ottimo, funzioni intestinali buone, sebbene egli disordini non di rado tanto nel mangiare che nel bere.

Nulla degno di nota al torace, polso a 78. Essendo il M... piuttosto pingue, la circonferenza dell'addome misura cent. 90. Il ventre è flaccido trattabilissimo, non presenta traccia di circolazione venosa superficiale anormale; colla pressione si sente il battito dell'aorta addominale e la cicatrice è solida e lineare. Il fegato pare decisamente aumentato da ciò che era avanti l'operazione, anche la milza sembra avere maggior lunghezza nel senso longitudinale. Stomaco ancora dilatato. Le urine sono molto abbondanti, circa tre litri nelle 24 ore di color pallidissimo, chiare, debolmente acide.

P. S. Il M... mi scrisse da Monaco Monte Carlo in data 17 nov. di aver sopportato benissimo il viaggio di 18 ore di ferrovia e di continuare a sentirsi benissimo.

Riportate integralmente le storie dei tre casi, quali mi vennero trasmesse dagli egregi colleghi Annovazzi, Nobili, Mogliani, adempio all'obbligo di pubblicamente ringraziarli del favore che mi fecero e che dà alle osservazioni esposte un carattere più autentico e dimostrativo.

Questi tre casi, che rappresentano due successi completi ed un insuccesso, uniti al numero rispettabile di osservazioni già pubblicate da Chirurghi Italiani e di altre nazioni, confermano sempre più l'efficacia della cura chirurgica; specialmente tenuto calcolo della difficoltà di fare una conveniente selezione dei casi da operarsi, e trattandosi di intervento operativo nuovo, nell'esecuzione del quale sono più facili le titubanze e le imperfezioni.

Malgrado questo, il numero delle guarigioni stabili e pronte, il miglioramento nelle condizioni generali e locali dei cirrotici operati è così superiore ai risultati ottenuti sinora colla cura medica che si può con sicurezza affermare che la chirurgia operativa, anche in questo campo, può registrare una nuova vittoria. (Veggansi le statistiche raccolte da Lefort, Froment, Torrance).

Se questo avviene nel risultato pratico e curativo, non si può tuttavia affermare che il concetto teorico su cui si fonda l'intervento chirurgico sia stato chiaramente dimostrato; essendo, come già dissi, tuttora disparatissime le interpretazioni sul come si svolga il processo intimo di guarigione e sul fattore che, in particolar modo, vi concorre.

Nè a ciò si potrà arrivare se non analizzando diligentemente i singoli casi in ogni loro minuto particolare per vedere quali meglio si accordino

coll'una o coll'altra teorica: così, e per via di eliminazione, verremo forse a circoscrivere il dibattito ed avvicinarci al vero.

Seguendo questo indirizzo, eccomi a rilevare quanto di interessante trovo nei casi sopra descritti. Come si è detto, nel I di essi fu praticato l'innesto dell'epiploon per qualche centimetro nella ferita addominale; il soggetto era robusto e la malattia di data recente e preceduta da disturbi gastro-enterici. L'ascite scomparve gradatamente dopo l'operazione e con essa tutti i disturbi generali e la guarigione si mantiene perfetta dopo due anni e mezzo, ad onta che il soggetto beva ancora abbondantemente vino e sia malarico.

Dal complesso di questi fatti si sarebbe indotti a credere che il ritardo della guarigione e della scomparsa dell'ascite, sian dovuti al fatto del ritardo nell'ordirsi la circolazione collaterale: ma a sconcertare questa interpretazione, sta il fatto importante che, prima dell'operazione, le vene sottocutanee addominali erano visibilissime, mentre, qualche tempo dopo l'atto operativo erano scomparse e nulla si vedeva nemmeno nel punto dell'innesto epiploico.

La II osservazione si riferisce ad una forma di cirrosi iniziata da tre anni, in soggetto già in preda ad *intossicamento profondo*, indisciplinato, incorreggibile nel bere anche dopo l'operazione, di età piuttosto avanzata, con ascite comparsa tardivamente.

La III osservazione ci presenta un paziente non del tutto sciupato, ammalato da poco tempo, con ascite comparsa piuttosto presto a decorso acuto. In questo caso mancava il *grande epiploon* ridotto a semplice cordone: non fu quindi possibile la *fissazione* di esso alle pareti addominali che in modo molto incompleto. Questo fatto *imprevedibile* e che lasciava seriamente dubitare della riuscita della cura, non impedì un *successo completo brillante* per la guarigione dell'ascite prima, e per il risveglio delle funzioni gastriche ed il risanamento generale più tardi. Da questo caso emergono due fatti importanti: la mancanza del circolo collaterale e la graduale eliminazione di materiale tossico dall'organismo, col ripristino della perfetta salute.

Come possiamo spiegare questi fatti?...

È noto che il sistema circolatorio della vena porta anche allo stato normale, non è affatto isolato dalla circolazione venosa generale, ma che sta con questa in rapporti più o meno facili, indipendentemente dalla permeabilità maggiore o minore del fegato. È con questo fatto anatomico che si ritenne da taluni poter spiegare la mancanza dell'ascite in certi casi di cirrosi. Il Sappey, di queste vie anastomotiche ne ammette cinque, e fra le principali mette il gruppo venoso del legamento sospensorio ed il gruppo paraombelicale che dà luogo al così detto *caput medusae*; ma

oltre a queste, altre comunicazioni laterali tra la vena porta e la cava indicarono Testut, Giacomini ed altri; senza tener conto delle frequenti anomalie formanti comunicazioni ancora più facili.

Questo fatto anatomico accertato, associato a quello della facile e pronta dilatazione delle vene di una parte quando un ostacolo si verifichi nelle vicine, lascia già dubitare con qualche fondamento che l'ascite che si produce nella cirrosi dipenda interamente dall'intoppo epatico, il quale almeno dopo qualche tempo dovrebbe trovare più frequente e facile compenso nella circolazione collaterale.

Nè valgono a dissipare i dubbi le osservazioni anatomo-patologiche e cliniche. Frequentemente avviene, sezionando cirrotici, di trovare in un coll'ascite, vaste aderenze della milza, del fegato col diafragma, od altre parti. Come pure di vedere ammalati di cirrosi con vene sottocutanee pronunciatissime indicanti un libero ed ampio circolo collaterale, per mesi e mesi alle prese coll'ascite e costretti a sottoporsi alla paracentesi una volta al mese ed anche di più per poi soccombere.

Tale insieme di cose mi fece nascere il sospetto fin da quando operai col metodo Talma il I caso di cirrosi, che i vantaggi reali e talora sorprendenti che si ottengono con esso, non siano esclusivamente legati ad una questione di circolo. Questo sospetto, del resto, è certamente venuto a molti. Gaston Torrance (1) scrive che l'operazione del Talma fu ideata per aiutare la circolazione portale *essendosi supposto* che l'ascite sia dovuta all'ostruzione della vena porta per lo stato cirrotico del fegato. Antonelli (2), dopo aver parlato del circolo di nuova formazione, così si esprime: « Certamente qui si impone il dubbio che la novella rete anastomotica creata con l'operazione di Talma, sia ben poca cosa al confronto ai due sistemi della porta e della cava; e non resta di facile spiegazione come le limitate anastomosi create dal Chirurgo possano sopperire l'insufficienza di tutto un sistema e far scomparire in breve tempo l'ascite. »

Rolleston e Turner, constatando che le asciti non si manifestano quando la pressione della vena porta sarebbe presumibilmente più alta vale a dire nel primo stadio quando si osservano le ematemesi, ma più tardi, esprimono il dubbio che l'ascite, piuttosto che di una meccanica ostruzione portale (G. Torrance), sia il risultato di un'intossicazione sanguigna.

(1) *Epiptopexis in cirrhosis of the liver with ascites*. Annals of Surgery, Mars 1902, pag. 313.

(2) *Contributo all'operazione del Talma nell'ascite da cirrosi epatica malarica*. Gazz. Med. Italiana, 28 agosto 1902.

Non starò a ricordare le indagini sperimentali e cliniche fatte allo scopo di chiarire questa importante questione; ma non posso astenermi dall'accennare che il fatto della comparsa di idropisie in altre parti del corpo oltre che dell'ascite starebbe in appoggio dell'asserto che questa possa essere originata da intossicazione del sangue o da alterata funzionalità nervosa.

È cosa generalmente ammessa ormai il considerare la cavità peritoneale come un grande serbatoio linfatico il cui rivestimento endoteliale è interrotto da un gran numero di aperture *stomate* per mezzo delle quali viene stabilita una comunicazione diretta col sistema vascolare linfatico (Bauer).

In questo serbatoio si versa di continuo una corrente di liquido linfatico che in proporzione dell'estesissima superficie del peritoneo deve esser ritenuta molto considerevole. Nelle condizioni normali la secrezione ed il riassorbimento del liquido sono equilibrati sicchè non si ha mai un accumulo del medesimo nella cavità peritoneale. La parte più attiva del potere assorbente si ritiene dovuta alle numerose stomate che si trovano nel rivestimento sieroso del diafragma, che condiuivate in ciò dai movimenti del diafragma stesso e dai movimenti intestinali funzionano a guisa di pompe aspiranti determinando così l'assorbimento. Grazie a tale disposizione la cavità peritoneale possiede un apparato di assorbimento la cui funzionalità può in certe determinate circostanze divenire di un'attività straordinaria, siccome risulta dalle ricerche di Wegner. Questo vale sia per la quantità del liquido che può venire assorbito, quanto per la rapidità con cui si produce l'assorbimento.

Tenuto conto di queste disposizioni si comprende che il cavo peritoneale non può esser considerato come un sacco perfettamente chiuso; ma siccome avente una comunicazione diretta per mezzo dei vasi linfatici e del dotto toracico con tutti quanti i canali sanguigni e linfatici del corpo, fra il contenuto dei quali ed il liquido racchiuso nella cavità del basso ventre ha luogo un continuo e vivissimo scambio. Dal lato patologico la prima conclusione che si può trarre da questo fatto è che i processi morbosi del basso ventre devono facilmente oltrepassare i limiti di un'affezione locale ed interessare tutto quanto l'organismo (Bauer). Da questo stato di cose io penso che si possano fino ad un certo punto spiegare fatti strani, ma non rarissimi ad osservarsi da ogni chirurgo esperto nella chirurgia addominale (Delbet, Michaux, Lallard) di rapidi ed insperati miglioramenti di neoproduzioni solide inoperabili e lasciate nell'addome dopo una laparotomia; di scomparse quasi totali di tumori tubercolari del ceco, dopo una ileo-colostomia e segnatamente della guarigione dell'ascite tubercolare.

Tutto ciò può ben parer strano e di difficile spiegazione senza però giustificare l'opinione di qualcuno che deplora, a parer mio a torto, che questi risultati si attribuiscono alla benefica influenza del taglio laparotomico pel semplice fatto che non si sa spiegarne l'azione; mentre poi ammettono l'efficacia di questo taglio ad eccitare la circolazione sanguigna addominale. Per fortuna al disopra dei ragionamenti teorici stanno i fatti e ne abbiamo uno assai dimostrativo nella peritonite tubercolare. E mentre ancora oggi si ragiona e si discute teoricamente sul come avvenga che la laparotomia guarisca l'ascite tubercolare e la tubercolosi peritoneale nessuno ne disconosce l'efficacia. Su questo tema il Giordano (1) ha scritto una pagina efficacissima e che merita di essere riportata attagliandosi perfettamente al caso della epiplopezi nella ascite cirrotica: « Il risultato terapeutico è evidente, l'intervento è di una semplicità elementare, ma controversa è ancora la ragione per cui la laparotomia guarisce la tubercolosi del peritoneo. Nè entra qui nello scopo nostro lo ingolfarci nel volume dei documenti accumulati attorno a questo argomento. Il fatto reale, constatato a caso, intuito nei suoi rapporti, riprodotto empiricamente, della efficacia della laparotomia a cura della peritonite tubercolare, si impone per la sua evidenza; ma non si può dire sia stato confortato sempre di nuova luce colle ipotesi con cui si volle illustrarlo. Si disse infatti che l'aria, entrando nel ventre, uccida il bacillo tubercolare; il bacillo che sceglie a rocca forte il polmone, il meglio aerato tra i nostri organi: si disse che i germi atmosferici cadendo nel peritoneo aperto dal chirurgo, vi impegnino una lotta vittoriosa col bacillo tubercolare; di cui son note invece le simbiosi virulente, quando gli stessi germi lo raggiungono in altri organi. E molte altre ipotesi ancora si emisero, sulla pura azione di presenza di bacilli, che taluno vorrebbe già morti in peritoneo; sulla loro attenuata virulenza; sull'azione, per gli uni nociva all'organismo umano, per gli altri invece al bacillo stesso, del liquido della peritonite ascitica tubercolare. »

Indi, dopo aver ragionato sulla metodica operativa, aggiunge: « Accade del resto frequentemente, per quanto concerne i genitali muliebri, che donne amenorroiche, col peritoneo dei genitali interni gremito di nodi tubercolari, rioriscono dopo la semplice laparotomia a salute insperata, rivedono regolari le mestruazioni, e sono capaci di figliare. » E ricordato che colla laparotomia il peritoneo invaso da granuli bacillari si fa liscio lucente come se mai fosse stato ammalato, riporta le conclusioni del Margarucci (2) che dall'esame di 253 operazioni deduce che su 153 casi

(1) D. GIORDANO. Trattato di chirurgia. App. II, pag. 461.

(2) XI Congresso it. di chirurgia. Roma 1886.

di peritoniti sierose libere, 29 incistate, 2 purulente diffuse, 10 saccate, una mista, 30 secche, si ebbero 216 guarigioni e 37 morti argomentandone che la tubercolosi del peritoneo può guarire (e, diciamo noi, anche l'ascite).

Sempre secondo il Margarucci l'intervento deve essere semplice e in linea generale consistere nell'apertura del ventre, rimozione degli essudati per quanto si possa, detersione accurata della parte con garza sterilizzata, soppressione dei lavacri, astensione da qualsiasi manipolazione od irritazione eccessiva. I migliori risultati si sarebbero avuti nelle forme ascitiche sierose.

Questi apprezzamenti ho creduto bene di riportare perchè ammoniscono ad essere prudenti nel censurare la pratica della laparotomia in dati casi, ed a far lo scettico sulle sorprese che essa può dare: ma specialmente perchè ci offrono un altro mezzo di spiegare la rapida scomparsa dell'ascite nella cirrosi, con, o senza il sussidio di una circolazione suppletoria, che dopo tutto nell'operazione alla Talma o congeneri non può organizzarsi colla celerità necessaria a spiegare il pronto successo.

Invero io non saprei trovare la ragione di escludere la possibilità che il versamento sieroso intraddominale nei casi di cirrosi non possa scomparire in quel modo stesso che scompare nell'ascite tubercolare. Le stomati che esistono numerose nel peritoneo, la potenza assorbente di questo esteso involucro sieroso, da tutti riconosciuta, sono quasi certamente le vie per le quali nella ascite tubercolare trovano esito i prodotti liquidi e solidi della stessa. Se mercè la laparotomia, nei casi di tubercolosi del peritoneo, esso acquista tanta attività assorbente da poter trasformarsi al punto di recuperare la lucentezza primitiva normale e sbarazzarsi di enormi quantità di elementi solidi, perchè non potrà da solo per la via dei linfatici e pel duto toracico nei vasi sanguigni regolarizzare il circolo nei cirrotici? Con questo ragionamento si potrebbero spiegare almeno le guarigioni di ascite cirrotica quali nel III caso da me operato, dove la laparotomia con incompleto innesto epiploico arrestò prontamente un abbondantissimo e rapido versamento, più volte già riprodotti.

Nè credo sia fuor di luogo il domandarsi, per interpretare questi fatti, se eventualmente non vi influiscano la luce e l'aria; risultando dalle esperienze di Walthard (1) che la semplice esposizione all'aria del contenuto addominale produce dei cambiamenti nel peritoneo i quali portano alla formazione di aderenze.

Lo stesso potrebbe dirsi per le manualità dell'atto operativo e per la eccitazione che con esso si esercita sui nervi determinando un risveglio

(1) C. TAVEL. *La solution salée sodique en chirurgie*. Revue de Chirurgie, mai 1902.

benefico, vincendo una stasi sanguigna passiva, coartando i vasi, rendendone meno facile il trapelamento sieroso e l'ascite. Ognuno sa quale e quanta influenza abbia il sistema nervoso sulla circolazione e nutrizione di una parte qualsiasi del corpo. Fra le molte prove vecchie e nuove che potrei addurre, basta quella del semplice stiramento del nervo, da me proposto fino dal 1882, per la cura dell'ulcera perforante del piede (1) che il Chipault dimostrò grandemente benefica anche nelle ulcere croniche da varici.

Riflettendo che nella cirrosi epatica le minute indagini anatomo-patologiche danno come alterazione prevalente la peri ed endoflebite nell'albero portale, non deve parer assolutamente strano che l'eccitazione esercitata dalla laparotomia sul sistema nervoso addominale agisca con benefica influenza sulla funzione delle vene portali; e forse anche sulla alterazione epatica, determinata probabilmente da sostanze tossiche, di origine gastroenterica, come indagini recenti hanno messo in speciale evidenza (De Dominicis, Carini ed altri).

Infatti, i casi di operazione alla Talma sin qui raccolti, dimostrano che il risultato è tanto più benefico e sicuro, quanto più è precoce l'intervento, nè l'infermo è troppo profondamente intossicato.

Ma con queste congetture io ho già oltrepassato lo scopo primo della presente nota, che era di dimostrare che le varie modalità di tecnica operativa proposte dopo il Talma hanno un valore assai discutibile; i risultati ottenuti coi diversi metodi avendo chiarito che tutti dal più al meno rispondono allo scopo e quindi sono da preferirsi i più semplici per varie considerazioni e cioè:

1. Non sempre l'ammalato è trasportabile in ambiente adatto ai procedimenti molto aggressivi.
2. Limitando l'operazione al semplice innesto dell'epiploon fra le labbra della ferita, o fra gli strati profondi della parete addominale, la operazione può eseguirsi sotto semplice cocainizzazione e dal più modesto chirurgo.
3. Data l'alterazione del fegato e le condizioni sovente poco sicure del cuore e degli altri visceri, il cloroformio a tutto rigore non sarebbe impunemente adoperabile.
4. L'uso del drenaggio e della duplice incisione nella generalità dei casi è una complicanza inutile e pericolosa per gli inconvenienti cui può dar luogo.
5. L'operazione di Schiassi, oltre ad essere piuttosto grave, non

(1) *Note cliniche sulla cura del mal perforante del piede.* Gazzetta degli Ospedali, novembre 1882.

raggiunge lo scopo principale che si propone; il quale sarebbe di attivare al più presto possibile il circolo collaterale intercettando le vie naturali.

6. Un'operazione semplice sarà più facilmente accettata dall'ammalato e quindi più diffusa; come è desiderabile che avvenga dati i buoni risultati avuti sin qui e la poca efficacia della cura medica.

Quanto ho potuto rilevare dalle mie osservazioni personali e dai casi da altri pubblicati m'indurrebbe a concludere che il felice risultato operativo dipenda più che dal metodo adoperato, da un pronto intervento ed una giusta selezione dei casi. Di questo avviso è anche il Bunge (1) che si studiò specialmente di precisare, nel suo recente lavoro, in quali forme morbose la operazione sia indicata, in quali controindicata.

Prima di chiudere questa breve nota parmi utile dire ancora una parola sull'alterazione del grembiale epiploico trovata nel 3° de' miei operati, per accennare alla rarità del fatto da me non mai riscontrato in molte centinaia di laparotomie eseguite. Che raro debba esser veramente lo arguisco avendo infruttuosamente consultate le opere dello Strumpell, Grissol, Orsi, Jaccoud, Niemeyer, Lebert, Sangalli, Ziemssen ed altri. Rokitanski Carlo (2) nel capitolo « Malattie del peritoneo » parlando delle mancanze od eccessi di formazione scrive:

« Quali mancanze di formazione del sacco peritoneale abbiamo la sua divisione nella linea mediana od ai lati; la fusione del peritoneo colla pleura nei mostri cui manca il diaframma, lo sviluppo difettoso o la completa mancanza di alcune sue duplicature ad esempio del grande o del piccolo omento ». Lancereaux (3) cita il caso osservato da Lawson Tait nel quale: « Il n'existait pas de grand épiploon, ni d'épiploon gastrosplénique ».

Fra le molte osservazioni da me lette di epiplopeksi trovai accennata l'alterazione in parola soltanto da Tilden Brown di New-York (4) il quale così si esprime:

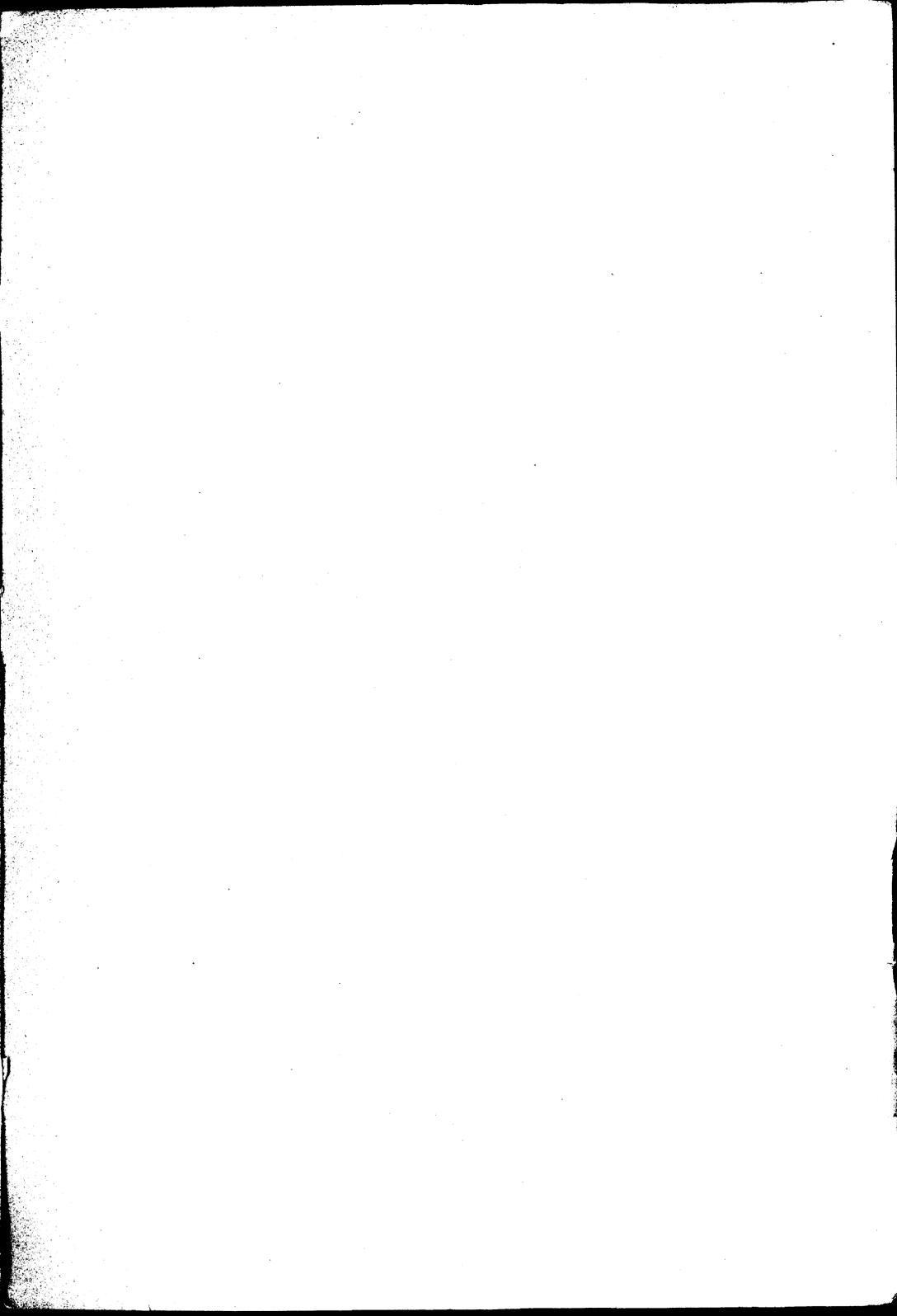
« On evacuation of ascitic fluid the omentum was seen to be small, shrivelled and lumpy ».

(1) Centralblatt für Chirurgie, 1902, n. 26.

(2) Trattato completo d'anatomia patologica. Venezia 1853, vol. III, pag. 195.

(3) Traité d'anatomie pathologique. Tome II, pag. 282.

(4) Annals of Surgery, agosto 1902.



IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

DIRETTO DAI PROFESSORI

GUIDO BAGCELLI FRANCESCO DURANTE

DIRETTORE DELLA R. CLINICA MEDICA
DI ROMA

DIRETTORE DEL R. ISTITUTO CHIRURGICO
DI ROMA

Con la collaborazione di altri Clinici, Professori e Dottori, Italiani e stranieri

IL POLICLINICO

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

IL SUPPLEMENTO tiene i lettori al corrente di tutto il movimento delle scienze mediche in Italia e all'estero. Pubblica perciò numerose e accurate riviste su ogni ramo delle scienze suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono fatte da valenti specialisti.

IL SUPPLEMENTO pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di medicina e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici, avendo scelto all'uopo speciali corrispondenti.

IL SUPPLEMENTO non trascura di tenere informati i lettori delle scoperte ed applicazioni nuove, dei rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, dei nuovi strumenti, ecc. ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formule.

IL SUPPLEMENTO pubblica articoli e quadri statistici intorno alla mortalità e alle malattie contagiose nelle principali città d'Italia, e dà notizie esatte sulle condizioni e sull'andamento dei principali ospedali.

IL SUPPLEMENTO pubblica le disposizioni sanitarie emanate dalla Direzione Generale di Sanità, potendo esserne informato immediatamente.

IL SUPPLEMENTO pubblica in una parte speciale tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Condotte vacanti, ecc.

IL SUPPLEMENTO tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgeranno al *Policlinico* per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica una rubrica speciale e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli verranno richieste.

IL POLICLINICO E IL SUPPLEMENTO contengono ogni volta accurate recensioni bibliografiche, e un indice di bibliografia medica, col titolo dei libri editi recentemente in Italia e fuori, e delle monografie contenute nei Bollettini delle Accademie e nei più accreditati periodici italiani ed esteri.

A questo proposito si invitano gli autor a mandare copia delle opere e delle monografie da loro pubblicate.

IL POLICLINICO E IL SUPPLEMENTO dunque, per gli importanti lavori originali, per le copiose e svariate riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia i più completi possibili e che meglio rispondono alle esigenze dei tempi moderni.

ABBONAMENTI ANNUI:

	Italia	Unione postale
1. Alla sezione medica ed al Supplemento settimanale	L. 15	20
2. Alla sezione chirurgia ed al Supplemento	» 15	20
3. Alle due sezioni ed al Supplemento	» 20	27
4. Al solo Supplemento	» 10	12,50

Un numero separato del *Policlinico* Lire UNA

Un Numero del Supplemento Cent. 50.

Il *Policlinico* si pubblica due volte il mese in fascicoli illustrati di 48 pagine, che in fine di anno formeranno due volumi distinti, uno per la sezione medica e l'altro per la sezione chirurgia.

Il Supplemento si pubblica una volta la settimana in fascicolo di 48 pagine.