



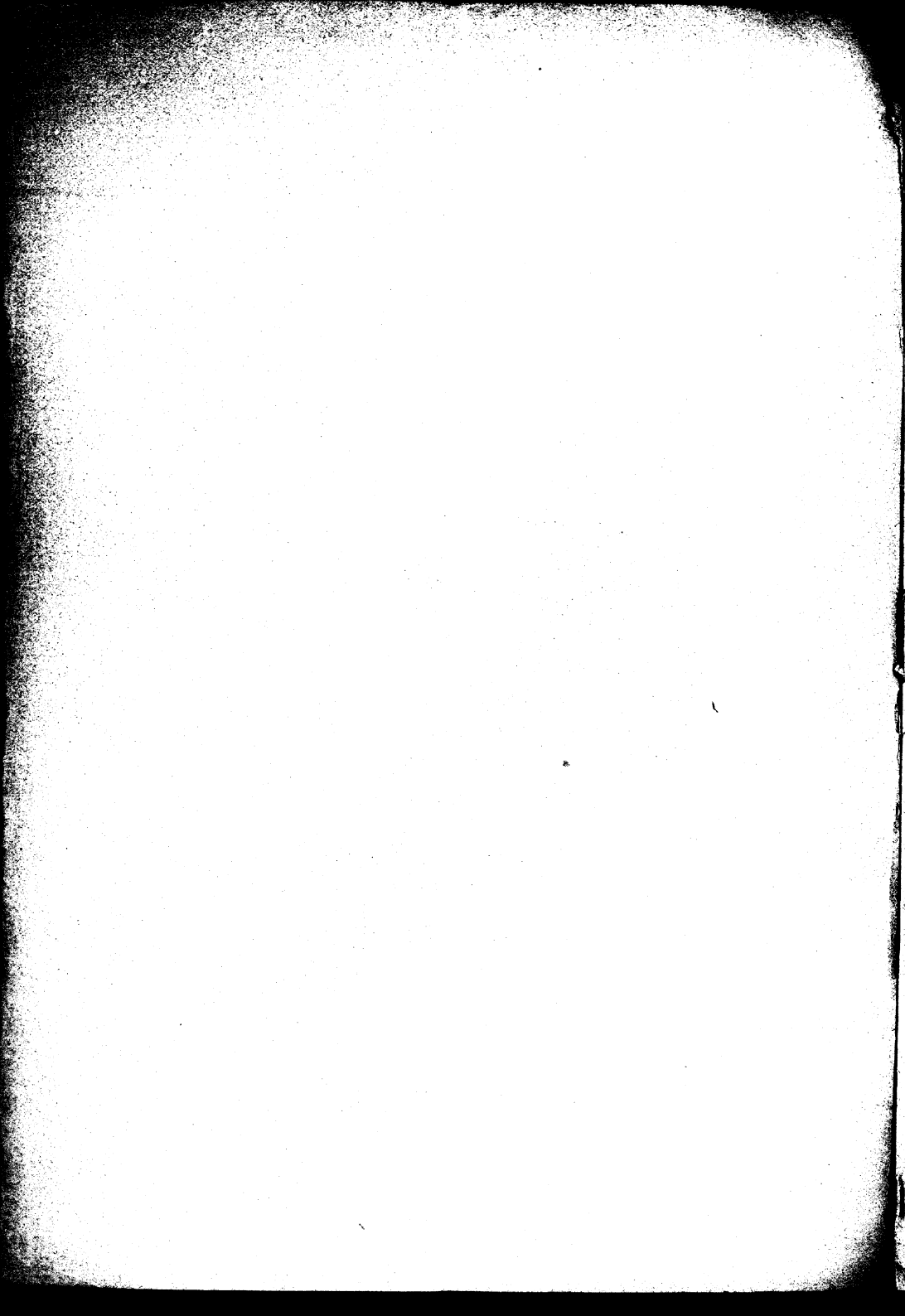
DOTT. FRANCESCO PARONA

Min. B. 47. 53

DI UN'ERNIA EPIGASTRICA CON ENTRO IL VENTRICOLO ADERENTE
E DEL METODO OPERATIVO IMPIEGATO PER GUARIRLA



ROMA
SOCIETÀ EDITRICE DANTE ALIGHIERI
—
1901



DOTT. FRANCESCO PARONA

DI UN'ERNIA EPIGASTRICA CON ENTRO IL VENTRICOLO ADERENTE
E DEL METODO OPERATIVO IMPIEGATO PER GUARIRLA



ROMA

SOCIETÀ EDITRICE DANTE ALIGHIERI

1901

*Man
B
17.5.01*

Estratto dal *POLICLINICO*, Vol. VIII-C, 1901

Roma - Tip. Nazionale di G. Bertero e C.

Di un'ernia epigastrica con entro il ventricolo aderente e del metodo operativo impiegato per guarirla

Nota del dott. FRANCESCO PARONA.

Se si dovesse accettare senza controllo quanto si afferma da scrittori autorevoli anche dei più moderni bisognerebbe credere che non esista l'ernia epigastrica con entro il ventricolo, quest'affermazione trovandosi ripetuta nei principali lavori monografici che da 150 anni ad oggi si son pubblicati sull'ernia epigastrica.

GARENGEOT (1) che fu il primo ad occuparsi dell'ernia epigastrica (1743) scrivendo di *parecchie ernie singolari* fece rilevare che le ernie epigastriche sono pressochè sempre accompagnate da disturbi digestivi che egli ritenne causati da impigliamenti dello stomaco nel sacco erniario. Ma quest'affermazione fu subito da altri contraddetta e specialmente il GUNTZ di Leipzig ed il BERTRANDI negarono la possibilità dell'ernia del ventricolo attraverso le pareti della linea alba.

BOYER (2) parlando dell'ernia della linea alba al disopra dell'ombelico, così si esprime: « On appelle hernie de l'estomac celle qui paraît à la partie supérieure de la ligne blanche aux environs de l'appendice xyphoïde parce qu'on a cru qu'elle était formée uniquement par ce viscère. Mais la hernie de l'estomac à l'épigastre n'a pas encore été constatée par l'ouverture du cadavre, et l'observation a appris que les symptômes et les accidents par lesquels on a caractérisée cette hernie ont quelquefois lieu dans la hernie de la même région formée par l'arc du colon ou par l'épiploon. Ainsi, si l'on ne peut pas nier absolument

(1) GARENGEOT. *Memoires de l'Académie Royale de chirurgie*, tome I, pag. 705.

(2) BOYER. *Traité des maladies chirurgicales*, Paris, 1822, tome VIII, p. 515.

la possibilità de la hernie de l'estomac à l'épigastre comme l'ont fait quelques auteurs, et notamment RICHTER, on peut au moins douter que *cette hernie soit produite exclusivement par ce viscère* ».

In termini pressochè eguali si esprimono il RION (1), il CHAULLAUX (2), il FLEURY (3) nelle loro tesi sull'ernia epigastrica e lo stesso BERGER nel recentissimo ed apprezzatissimo trattato di chirurgia DUPLAY e RECLUS (4) così scrive: « Les parties contenues sont presque toujours l'épiploon seul ou accompagné par l'intestin surtout par le colon transverse. GARENGEOT a décrit dans le mémoire que nous avons mentionné des hernies situées à la partie supérieure de la ligne blanche, immédiatement au dessous de l'appendice xyphoïde et dont le contenu serait formé par l'estomac. Cette opinion adoptée par PIPELET fut vivement combattue par GUNTZ, par BERTRANDI et par RICHTER. On peut dire actuellement que la présence de l'estomac dans les hernies épigastriques *démontrée uniquement* par les troubles fonctionnels auxquels exposent ces hernies *n'est rien moins que certaine* ».

Queste negazioni e dubbiosità trovano spiegazione nel fatto che le effemeridi chirurgiche anche recenti non danno che rarissimi casi dai quali s'intraveda la possibilità dell'impegno del ventricolo nel sacco erniario; mentre gli interventi operativi, in specie dopo il periodo antisettico, non scarseggiano nei casi di ernia epigastrica. Così MOREL LAVALLÉE (5) narra il caso di un tumore erniario risiedente nella regione epigastrica nel quale dopo l'ingestione degli alimenti e specialmente delle bevande, l'ernia diveniva più voluminosa, più tesa e meno risonante alla percussione.

Facendo bere all'ammalata dell'acqua di seltz in abbondanza, all'ascoltazione si avvertiva un rumore scrosciante simile a quello che si produce in una bottiglia riempita a metà di acqua nella quale con tubo immerso nel liquido si soffi dell'aria. Questo rumore cessava completamente colla riduzione del tumore erniario.

PREGALDINO (6) vide un caso di ernia epigastrica in uomo di 27 anni, che già da due anni andava soggetto a dolori epigastrici violenti dopo i pasti. Ad una certa epoca quest'individuo ebbe vomiti sanguigni, melema e dolori limitati in corrispondenza di un tumore duro, tondeggiante, grosso come una ciliegia situato tre centimetri a sinistra ed al disopra dell'ombelico. Per qualche tempo i sintomi si aggravarono tanto da far pensare ad un carcinoma dello stomaco. Se non che, poco dopo, sotto uno sforzo di tosse il piccolo tumore raggiunse il volume di un grosso uovo di gallina e vicino ad esso ne comparve altro più piccolo. Un'incisione fatta a ridosso del tumore più grosso permise di scorgere

(1) RION. *Cure radicale de la hernie épigastrique*, 1893.

(2) CHAULLAUX. *Étude sur la hernie épigastrique et son traitement*, 1894.

(3) FLEURY. *Contribution à l'étude des hernies épigastriques*, 1897.

(4) DUPLAY et RECLUS. *Traité de chirurgie*, tome VI, Paris, 1897.

(5) MOREL LAVALLÉE. Bull. de la Société de chir., II Sez., tome II, p. 382.

(6) Ann. Soc. Belg. chir., 15 marzo 1897.

sotto a una pallottola di grasso un sacco erniario racchiudente l'intestino riducibile, e di fianco, all'imboccatura del sacco, lo stomaco aderente, ed aderente pure più in basso al colon trasverso. Queste aderenze si poterono rompere ottenendo la guarigione del paziente.

Solo quando l'ernia della linea alba si manifesta più in basso verso l'ombelico e sotto di esso fu potuto constatare con certezza nella medesima la presenza dello stomaco. THILMANN (1) p. es. narra un caso di prolasso congenito della mucosa dello stomaco per l'anello ombelicale. Trattavasi di un ragazzo di tredici anni, ed il tumore, alla località indicata, era pedunculato, fisso, irriducibile, con superficie coperta da mucosa secernente un umore abbondante ed acido. Mai da quella parte erano uscite materie alimentari o fecali, nè il tumore cagionava molestie. Però il paziente reclamava un intervento perchè il secreto irritava la pelle e bagnava la camicia: il tumore fu perciò esportato nel peduncolo che fu poi cauterizzato e la guarigione fu completa. L'esame istologico del tumore e l'esame chimico del muco dimostrarono trattarsi di un prolasso della regione pilorica dello stomaco.

Così LANDERER (2) in un caso da lui operato trovò che lo stomaco aderiva all'orificio di un canale ombelicale ed era strozzato. Il MONTEGGIA (3) sezionando il cadavere di una donna trovò lo stomaco ernioso sotto l'ombelico ed i muscoli retti espansi sul tumore. Io pure in una vecchia signora con voluminosa ernia ombelicale potei mercé il sondaggio accertarmi che lo stomaco si insaccocciava nel sacco erniario e non era completamente riducibile.

Ciò premesso a dimostrare che l'impegno del ventricolo nell'ernia ombelicale è caso assai raro, e che nell'ernia epigastrica è un fatto non ancora bene accertato, espongo la seguente osservazione come importante contributo all'argomento.

Ceffa Maria, di anni 44, di Romentino, di sana costituzione e con genitori sanissimi, maritatasi a 20 anni, ebbe quattro figli tutti viventi e sani. Dopo il terzo parto e precisamente all'età di 35 anni la Ceffa si accorse di avere qualche centimetro sopra l'ombelico ed un poco a sinistra della linea alba, un tumoretto grosso come una ciliegia tondeggiante, pastoso, non dolente, e che alla pressione scompariva. Quattro anni dopo il tumore aveva raggiunto il volume di una grossa noce e i disturbi locali si erano fatti già persistenti e gravi e la donna non aveva requie fuorchè a stomaco vuoto o cibandosi di piccole quantità di latte o brodo. Appena ingerisse sostanze greggie la paziente era presa da vomiti ne quali emetteva oltre alle sostanze ingeste, più o meno digerite, liquidi biliari, ma non mai sangue. Il dolore che la tormentava aveva carattere puntorio come di trafitture di molti spilli, e talvolta di fuoco o di crampo violento. Anche le pressioni dolci sul tumore accentuavano il dolore che si diffondeva a guisa di cintura fino al dorso.

In queste condizioni la Ceffa perdurò soffrendo e lavorando finchè sfinita dall'insufficiente nutrizione, dall'impossibilità di riposo e dalla violenza del male il 13 agosto 1899 si decise ad invocare l'intervento chirurgico ricoverando nella mia sezione all'Ospedale Maggiore di Novara.

(1) Deut. Zeit. für Chir., Bad XVIII, Heft 1, 2.

(2) Zur Chir. des Magens. Münch. med. Woch., 1892.

(3) Fascicoli patologici.

Esaminando la località si trovava nel punto indicato un tumore grosso come un mezzo arancio, a base larga, fisso, duro, non cedevole nè riducibile, dolente, coperto di pelle d'aspetto normale. Sebbene il tumore non fosse riducibile, pure, premendo sullo stesso, si determinava talvolta un rumore speciale come di aria che sfuggisse. Ma la cosa che più colpiva, e che si determinava specialmente palpando il tumore, era la contrazione del ventricolo con movimenti peristaltici dello stesso, energici e resi ben visibili stante la magrezza della paziente e la sottigliezza delle pareti addominali. Detti movimenti peristaltici erano evidenti specialmente a sinistra verso la grande curvatura considerevolmente distesa.

Escluso lo stato di emaciazione generale, nella Ceffa nulla vi era di anormale all'infuori del tumore descritto, che io diagnosticai per ernia epigastrica con impigliamento probabile del ventricolo.

Predisposta come si conveniva, l'ammalata fu da me operata il 18 agosto 1899 nel modo seguente. Mercè una incisione ellissoide col massimo diametro in senso longitudinale interessante tutti gli strati della parete addominale si arrivò al colletto rasentando il quale si giunse strato per strato al peritoneo, rimasto solo a mantenere in posto tutto il sacco erniario ed il suo contenuto. Allora praticai nel peritoneo un'apertura bastante ad introdurre l'indice della mano sinistra sulla guida del quale lo incisi circolarmente si da portar fuori e aver libero fra le mani il tumore ed il suo contenuto. In questa maniera mi fu facile constatare che il sacco erniario conteneva realmente una porzione di ventricolo con piccola falda di epiploon fissamente ed estesamente aderente.

Essendo il ventricolo molto disteso fu possibile tirarlo fuori in modo da dominarlo liberamente: epperò legata fra due lacci la falda epiploica e tagliata fra le due legature passai senz'altro alla gastrectomia, ossia all'esportazione di tutta la porzione di stomaco aderente al sacco erniario più un centimetro circa che le faceva da peduncolo. Questo fu compito mentre un assistente teneva affrontate esattamente in senso orizzontale le pareti del ventricolo, ed altro con pannolini caldi posti all'ingiro proteggeva le parti sottostanti. La vasta apertura stomacale fu chiusa cucendo prima la mucosa, poi lo strato muscolare e sotto sieroso, che era di uno spessore considerevole, ed infine la sierosa. Ne risultò una linea di cucitura lunga circa 8 centimetri che pulita e ben accomodata fu riposta in cavità. L'apertura addominale fu pure chiusa con cucitura a strati; nè l'affrontamento dei margini riuscì difficile sebbene la breccia rimasta dall'esportazione del tumore fosse abbastanza vasta. La medicazione venne ben assicurata con fascie amidate.

Il decorso post operatorio fu dei più semplici e l'operata non fu molestata che da un po' di vomito nelle prime 24 ore. Mantenendosi la medicazione pulita ed in posto, fu lasciata fino in nona giornata, ed in quel giorno trovata la ferita perfettamente rimarginata furon levati parecchi punti di cucitura lasciando i rimanenti fino al dodicesimo giorno. Da quel dì la Ceffa cominciò ad alzarsi, a mangiare di tutto con grande appetito, senza vomito nè accenno a dolori ed il dodicesimo giorno dopo l'operazione essa lasciava l'ospedale in perfetta salute.

Trascorsi sei mesi mi rivolsi per aver notizie della Ceffa all'egregio dottor DEL BO di Romentino ed egli cortesemente nell'aprile 1900 venne da me col l'operata. Esaminatala potei constatare che la cicatrice addominale continuava a mantenersi solidissima in ogni punto e lineare anche sotto i movimenti di flessione dell'addome. Palpeggiando il ventre nel luogo operato si sentiva a sinistra della cicatrice, profondamente, un po' di ispessimento prodotto probabilmente dalla falda epiploica legata ed escisa. L'area gastrica era nei confini naturali, come naturali e perfette erano le funzioni digestive di cui erano prova le migliorate condizioni di nutrizione della Ceffa. Tutto questo permane anche oggi.

Il disegno qui unito dà un'idea abbastanza esatta delle condizioni in cui era l'ernia stomacale da me esportata. La fig. I rappresenta lo spaccato del tumore ridotto di qualche poco dalla grandezza naturale. Sotto lo strato cutaneo (aa) trovavasi un tessuto fibroso stipatissimo, quasi tendineo nella parte centrale

e meno compatto e intersecato da zolle adipose alla periferia (*bb*). Solo in questa parte fu possibile trovare traccia dei diversi strati della parete addominale e sdoppiarli. In (*dd*) si osservavano residui di peritoneo parietale. Fra questo strato peritoneale e la parete gastrica, specialmente alla periferia, trovavasi altro tessuto fibroso frammisto a tessuto adiposo probabilmente dovuto alla falda epiploica interposta. In fine come tappezzatura della cavità erniaria trovavasi la parete stomacale (*ee*) aderentissima in ogni parte al sacco erniario, ma chiaramente di-

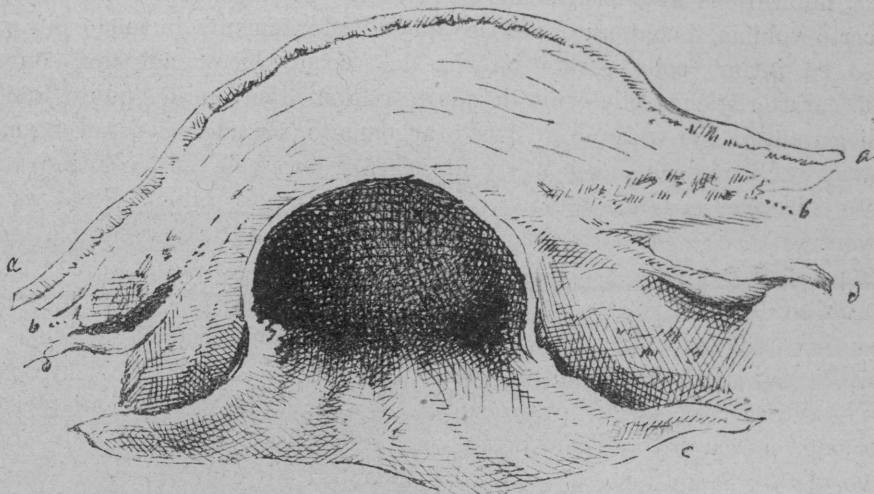


Figura I.

stinguibile da esso in qualunque senso il tumore fosse sezionato. La parete stomacale impegnata e aderente al sacco erniario, era, confrontata colla parte libera, in stato di evidente atrofizzazione.

Ciò risultò manifesto dall'esame microscopico. Infatti, per trovare tracce di epiteli di rivestimento della mucosa ed anche di struttura ghiandolare nel contesto della parete gastrica, s'è dovuto cercare verso l'imboccatura della cavità erniaria, fig. II *a b*. Più internamente, nel sacco, la parete gastrica era ridotta

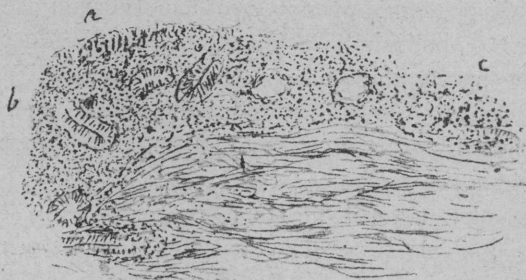


Figura II.

ad uno strato finamente granuloso con caratteri necrobiotici (*c*). Sotto a questo strato non si trovava che un abbondante e stipato tessuto fibroso scarso di vasi e frammisto a fibre elastiche. Per trovare la tessitura naturale dei diversi strati della parete gastrica bisognava portar l'esame un centimetro circa all'infuori dell'imboccatura erniaria.

Il caso descritto mettendo fuori di dubbio quel che finora non era stato chiaramente dimostrato, cioè che il ventricolo può trovarsi interessato nell'ernia epigastrica, mi intratterrò brevemente sul processo operativo impiegato che si distacca in parte da quelli più in uso e raccomandati, e che io ritengo preferibile nelle ernie epigastriche ed ombelicali, specialmente quando il contenuto epiploico, intestinale, od altro, aderisce estesamente al sacco.

È notorio che nelle ernie, sia epigastriche che ombelicali, quando sono di un certo volume, il contenuto aderisce quasi costantemente in modo più o meno esteso ed intimo colla parete interna del sacco. Queste aderenze sono, direi quasi, caratteristiche delle ernie di queste regioni e su questo punto sono concordi gli autori che trattano di questo argomento. Le aderenze avvengono specialmente coll'epiploon, ma ben sovente si trovano anche coll'intestino e tra di questo e il sacco si fanno talvolta così intime (e il caso mio lo dimostra anche pel ventricolo) da convertirsi in una vera fusione sì da trasformare la tessitura della parete intestinale, come già fecero rilevare lo SCARPA, il NICAISE ed altri.

È facile quindi pensare alle difficoltà operative che si possono incontrare e come abbisogni molta avvedutezza ed abilità a superarle. Queste aderenze anche in mani espertissime furono talvolta causa di gravissimi incidenti. SCARPA avendo avuto occasione di operare un ernioso con tali complicazioni, scrisse che raramente ebbe a trovarsi alle prese con difficoltà uguali. ARNAUD in atto operativo di tal genere dopo diligente dissezione di oltre un'ora e un quarto, per non perdere l'ammalato, fu costretto a resecare il pacchetto erniario a livello dell'anello e stabilire un ano artificiale. Il dott. PRETO (1) in un caso di questo genere per condurre a termine l'operazione impiegò tre ore. Ecco come si esprime il collega: « Sacco grosso, intestino ed omenti adesi tra loro costituivano una massa dove con grande stento si poteva orizzontarsi, le varie parti erano congeste, lunga e scabrosa la dissezione, dalle superfici disseccate usciva il sangue a nappo che mascherava le aderenze vicine. »

Di casi simili se ne trovano registrati in buon numero; e potrei anche ricordare osservazioni personali avendo avuto molte volte occasione di operare ernie epigastriche ed ombelicali vecchie, voluminose, irriducibili, che per solito si trovano in donne floscie, adipose, con pareti addominali di spessore enorme; per modo che pur facendo larghe incisioni il campo operativo resta sempre molto profondo e poco illuminato. E fu appunto per l'esperienza già fatta con casi veramente difficili che trovandomi a dover operare la Ceffa, caso nel quale era facile prevedere aderenze e difficoltà gravi, mi attenni al processo descritto che mi permise di superarle tutte colla massima speditezza.

Per operare l'ernia epigastrica e così pure l'ernia ombelicale che dal punto di vista operativo, come già dissi, si uguagliano, bisogna prefiggersi due scopi fondamentali per raggiungere od avvicinarsi all'ideale: il primo di scansare nelle manualità ogni complicità o pericolo o mettersi almeno in condizioni di

(1) A. PRETO. *Contributo all'anatomia patologica ed alla cura operativa delle ernie ombelicali enormi ed aderenti nell'adulto*. Milano, 1900.

poter provvedere; l'altro di ricostruire nel modo il più esatto possibile le parti anatomiche scomposte dal tumore erniario. Per la seconda parte i chirurgi specialmente dopo il periodo antisettico, si sono molto occupati, mentre sulla prima si è scritto pochissimo quantunque, date le difficoltà operatorie menzionate, l'argomento meriti uno studio speciale.

A tal proposito sarà utile un breve richiamo sui metodi operativi che furono man mano proposti per la cura dell'ernia epigastrica ed ombelicale. Essi vanno divisi in due gruppi secondochè conservano l'ombelico contentandosi al più di ravvivarne i bordi, oppure resecano o demoliscono l'anello ombelicale (omfalectomia) permettendo così la sutura a piani. Numerosi sono i metodi appartenenti ad entrambi i gruppi; ma di quelli del primo non parlo, essendo dai più abbandonati, e riguardo al secondo gruppo parmi opportuno qui riportare quel che ne scrisse il già mio assistente l'egregio dott. GARAMPAZZI nel suo accurato lavoro, *Sui concetti dominanti nella cura operativa dell'ernia crurale ed ombelicale*.

Il GERSUNY additando nella linea alba la costruzione anatomica, la cui presenza si oppone alla formazione di una solida barriera che prevenga la recidiva, ebbe il merito di accennare alla via da seguire per pareggiare i risultati di una cura radicale d'ernia ombelicale a quelli di qualunque laparatomia mediana con sutura a strati, evitando il semplice affrontamento di piani aponeurotici, i cui bordi anemici danno delle poco solide cicatrici.

Secondo il DAURIAC, già nel 1877 il TILLAUX avrebbe fatto la resezione del bellico riunendo però consecutivamente in un sol piano, mentre in quell'epoca il Pozzi, pur contenendosi nello stesso modo riguardo all'anello faceva già la sutura a strati (introdotta forse da lui pel primo in Francia): egli anzi per ottenere una buona apposizione dei muscoli retti all'innanzi dell'antico orifizio erniario propose di dar loro una più grande superficie sparpagliandone le fibre mediante incisioni longitudinali sui loro corpi muscolari.

Secondo BOECKEL, invece, il KEEN sarebbe stato il primo ad eseguire l'omfalectomia in un caso di ernia strozzata, mentre DANIELE MOLLIERE non avrebbe praticato che la resezione dell'ombelico cutaneo; nel 1891 HARTMANN (Thèse de Brodier) cominciava a fare l'omfalectomia con sutura a tre strati: attacca il tumore con incisione laterale verso il sacco erniario, e completa l'escisione facendo un'incisione corrispondente sull'altro lato, ed esporta: è un metodo di laparo-erniotomia.

Il CONDAMIN di Lione (1893), nella omfalectomia parziale incide l'anello senza aprire il sacco; distacca le aderenze, riduce e ravvicina i margini dell'anello. Nell'omfalectomia totale pratica la laparotomia e la resezione in primo tempo abbracciando il bellico con due tagli a parentesi che giungono fino al colletto del sacco: esporta così dall'infuori all'indentro il sacco, il suo colletto e l'anello ombelicale intaccando col convesso delle due parentesi le guaine dei muscoli retti ed aprendole per fare poi una sutura a tre strati: nel primo comprende peritoneo e guaina muscolare posteriore; nel secondo guaina anteriore e retti, lapelle nel terzo.

Il CASTERET chiama questo processo omfalectomia esterna; lo SCHWARTZ omfalectomia da fuori in dentro ed il DAURIAC laparo-erniotomia.

Il metodo di Le Dentu (ernio-laparotomia). Il chirurgo del Necker-Hôpital si preoccupa ed occupa prima dell'ernia poi dell'anello: incisione mediana prudente sul convesso del tumore erniario longitudinale e legatura dell'epiploon frazionato ed a diverse altezze nelle diverse sezioni; scoperto l'anello fibroso dopo avere disseccato il sacco e la pelle, mette bene a nudo la parete fibro-muscolare nella regione sopra- e sotto-ombelicale: allora introducendo l'indice sinistro entro l'anello e sotto la parete, colla forbice reseca un triangolo colla base sull'apertura ombelicale, sia in alto che in basso, scoprendo i margini dei muscoli retti e preparandosi così le condizioni stesse di una laparotomia: sutura in un piano peritoneo e muscoli facendo un sopraggitto aponeuro-muscolo-peritoneale, e uno cutaneo al crine di Firenze.

Il BRUNS abbraccia con incisione semilunata il tumore, si approfonda fino ad aprire il peritoneo, escide l'anello del medesimo lato: solleva in linea mediale il sacco aperto ed isola e distacca le aderenze: fa altrettanto dall'altro lato. Egli nota come in tal modo si evita la possibilità di ferire organi aderenti e si riconoscono meglio le parti fuoriuscite, si abbrevia l'operazione e si evita la sutura di parti semplicemente fibrose. OSTERMAYER di Budapest vorrebbe dimostrare come indipendentemente da BRUNS, KEEN, CONDAMIN, abbia praticato pur esso l'omfalectomia: nel caso descritto si comportò precisamente come LE DENTU per rapporto alla sutura a due piani ed all'escisione dei due triangoli fibrosi del margine superiore e inferiore dello anello.

Il DUPLAY, il CASTERET, CHANDELUX, GONILLOUD, JEANNEL, BOECKEL, hanno dei processi molto simili a quelli di CONDAMIN e LE DENTU; quello del BOECKEL è un metodo di laparo-erniotomia seguito da resezione del bellico e sutura a strati.

Il BIONDI di Cagliari prima di CONDAMIN e di GERSUNY nel 1892 fece cura di un'ernia ombelicale col proposito di estirpar l'ernia come un tumore assieme alla linea alba e di chiudere la breccia con quattro piani di sutura perpendicolari fra di loro, volendo così evitare di contravvenire ai principii stabiliti dal BASSINI e specialmente la continuità della cicatrice, così dannosa alla resistenza del coalito.

Pratica prima da un lato e poi dall'altro l'isolamento del sacco e della porta erniaria con due incisioni semielittiche: apre la guaina dei retti sulla linea mediana, prepara a peritoneo chiuso i lembi aponeurotici muscolari e cutanei, evitando così la possibile caduta di zolle adipose od altro nella cavità peritoneale. Fa l'apertura del colletto del sacco, la ricognizione dei visceri, il loro isolamento, l'esportazione dell'omento aderente, recisione del sacco insieme alla porta erniaria ed alla pelle circostante alla cicatrice ombelicale mentre di pari passo pratica la sutura dei lembi peritoneali e delle lamine aponeurotiche posteriori dei retti rimaste aderenti.

« BIONDI ammette che la trazione esercitata dai muscoli obliqui e trasversi tenderà sempre più ad affrontare le aponeurosi nel senso in cui furono cucite... ». Egli inoltre premette una cura di dimagrimento coi preparati di tiroide, e quella di riduzione dell'ernia per alcuni mesi con la fascia elastica...

Infine abbiamo il metodo di Dauriac che chiamasi « dello incrociamiento parziale dei retti » e tutto il metodo che fu già dall'autore modificato parecchie

volte non mira ad altro che « a rafforzare la parete addominale nel luogo operato ».

Da questa minuta esposizione dei metodi più originali e noti per la cura dell'ernia epigastrica appare chiaro che principale se non unica preoccupazione dei proponenti i diversi metodi operativi descritti, fu quella di provvedere ad una solida chiusura della ferita addominale per rendere men facile la recidiva: che poco, od in modo affatto incidentale trattano delle condizioni del sacco in rapporto al contenuto, delle difficoltà operative che si incontrano nelle ernie voluminose con aderenze e del miglior modo di governarsi in simili congiunture. Soltanto BRUNS, CONDAMIN e recentemente il CUNEO colla incisione semilunata o triangolare alla base rilevano che con esse viene evitata la possibilità di ferire organi aderenti e si riconoscono meglio le parti fuoruscite, ma la loro proposta a parer mio non raggiunge completamente lo scopo al quale mirava. E nemmeno la tecnica operativa suggerita dal dottor PRETO nel suo recentissimo ed interessante lavoro (1) meglio semplifica le difficoltà accennate.

Per maggior chiarezza riportiamo testualmente quanto scrive in proposito l'autore: « Quanto ai metodi operativi adottati dai vari autori nella cura radicale del comune onfalocelo devo rimandare all'opera diligente del DAURIAC dove con la suddivisione netta in metodi con onfalectomia e senza onfalectomia sono descritti abbastanza bene e diffusamente. D'altronde io userei dall'argomento che mi sono proposto qual'è quello dei voluminosi onfaloceli complicati da aderenze. A me spetta quindi di dire brevemente del metodo operativo che *credei praticare* in questi ultimi casi notevoli per l'enorme volume e per le aderenze molteplici, ed eccolo nelle sue linee generali.

Premessi tutti i preparativi soliti alle laparatomie, con taglio ellittico circo-scrivo tutto il grosso peduncolo penetrando fino al collo del sacco e mettendo in evidenza l'anello fibroso. Servendomi della sonda incido per un centimetro in alto ed in basso la linea alba. Procedo ad isolare il collo del sacco da tutto il contorno dell'anello aponeurotico. Quindi facendo abbracciare dalle due mani dell'assistente il tumore erniario alla base, premo metodicamente al di sopra di esso tentando così di ridurre in cavità la parte eventualmente riducibile del contenuto (ben inteso quando si tratta di ernia libera). Penetro cautamente dentro al sacco e procedendo dal basso verso l'alto, distacco con arte le molteplici aderenze, esporto l'omento, riduco nel cavo addominale le varie anse. Escido poi la porzione di sacco e di cute esuberante. Segue sutura continua del peritoneo, ecc. ».

A questa descrizione il dott. PRETO fa seguire le seguenti considerazioni: « Come si vede in questi casi speciali ometto l'onfalectomia perchè in genere si trova la parete fibro-muscolare piuttosto deficiente cosa che feci già notare nelle note anatomo-patologiche. Uso l'incisione ellittica della cute alla base per due motivi. Prima di tutto si evitano col taglio le escoriazioni che non mancano mai e stanno di solito sulle parti alte, escoriazioni che alle volte possono

(1) A. PRETO. Opera citata.

essere fomite di processi di infezione. Inoltre si ha l'opportunità di mettere allo scoperto tutto l'anello aponeurotico e di penetrare dentro nel sacco alla base di esso, fatto che agevola di molto l'atto della ricognizione del contenuto e del *distacco delle aderenze* ».

Per cui il PRETO seguirebbe per quanto riguarda l'apertura del sacco ed il distacco delle aderenze, la metodica di Bruns, Condamin, e cioè apertura del sacco erniario alla sua imboccatura mentre è ancora in buona parte aderente alla parete addominale e distacco delle aderenze col sacco in posto. Procedendo in tal modo è evidente che (in specie nelle ernie grosse e con molte ed estese aderenze) il contenuto dell'ernia non è visibile che per una parte limitata, massime ove si tratti di sacco erniario diviso in varie concamerazioni, cosa non rara e che mi accadde trovar soventi volte. Inoltre colla semplice fessura all'imboccatura del sacco erniario, riesce assai angusto il campo operativo nel quale si deve agire per vedere e distaccar le aderenze, fare legature od altro, e l'operare riesce indaginoso anche pel facile sanguinare dei tessuti. Notisi che facilmente le pareti intestinali si alterano ed aderiscono estesamente o si strozzano, e perciò non è difficile coi maneggi produrre qualche lacerazione e dover praticare enterorafie od enterectomie come fecero il CUNEO ed altri. Ognuno quindi può valutare i rischi che si corrono lasciando il sacco in posto e libera l'entrata nell'addome del sangue e d'altro: mentre isolando il sacco all'ingiro ed a guisa di tumore portandolo fuori prima di aprirlo l'operatore si trova in condizioni sensibilmente migliori.

Per concludere dirò che la mia proposta non è frutto di considerazioni affatto teoriche avendo io avuto personalmente occasione di operare col metodo Bruns e simili: ma l'esperienza fatta nel caso della Ceffa ed in successivi altri due casi di ernia epigastrica ed ombelicale mi dimostrò che in quest'ultima maniera la tecnica riesce grandemente semplificata ed a vantaggio quindi dell'operando e dell'operatore.

Del resto allontanando il sacco e suo contenuto dall'apertura addominale in primo tempo non si fa che seguire la metodica impiegata operando sullo stomaco, sull'intestino, la cistifellea, ecc. Nè ci si può obiettare che esportando il sacco ci esponiamo al pericolo di avere un'apertura addominale troppo larga e di chiusura difficile, poichè nulla osta alla conservazione maggiore possibile di tutti gli strati fino al peritoneo parietale. Solo quando si arriva su di esso converrà stare alquanto più al largo onde poter far scorrere il dito indice della mano sinistra all'ingiro ed all'esterno delle masse epiploiche, intestinali, o d'altro contenuto dell'ernia, non riducibile; e sul dito stesso incidere il foglietto peritoneale. Non sarà quindi quel centimetro più o meno di strato peritoneale che in qualche punto si dovrà esportare, che verrà ad alterare o compromettere la chiusura della ferita addominale.

Di questo potei convincermi per la prova fatta nei tre casi da me curati con questo metodo ne' quali, sebbene da molti mesi operati, la cicatrice si mantiene tuttavia solidissima e resistente in ogni punto.



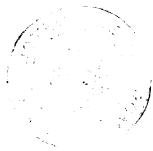
PRINCIPALI PUBBLICAZIONI DELL'AUTORE

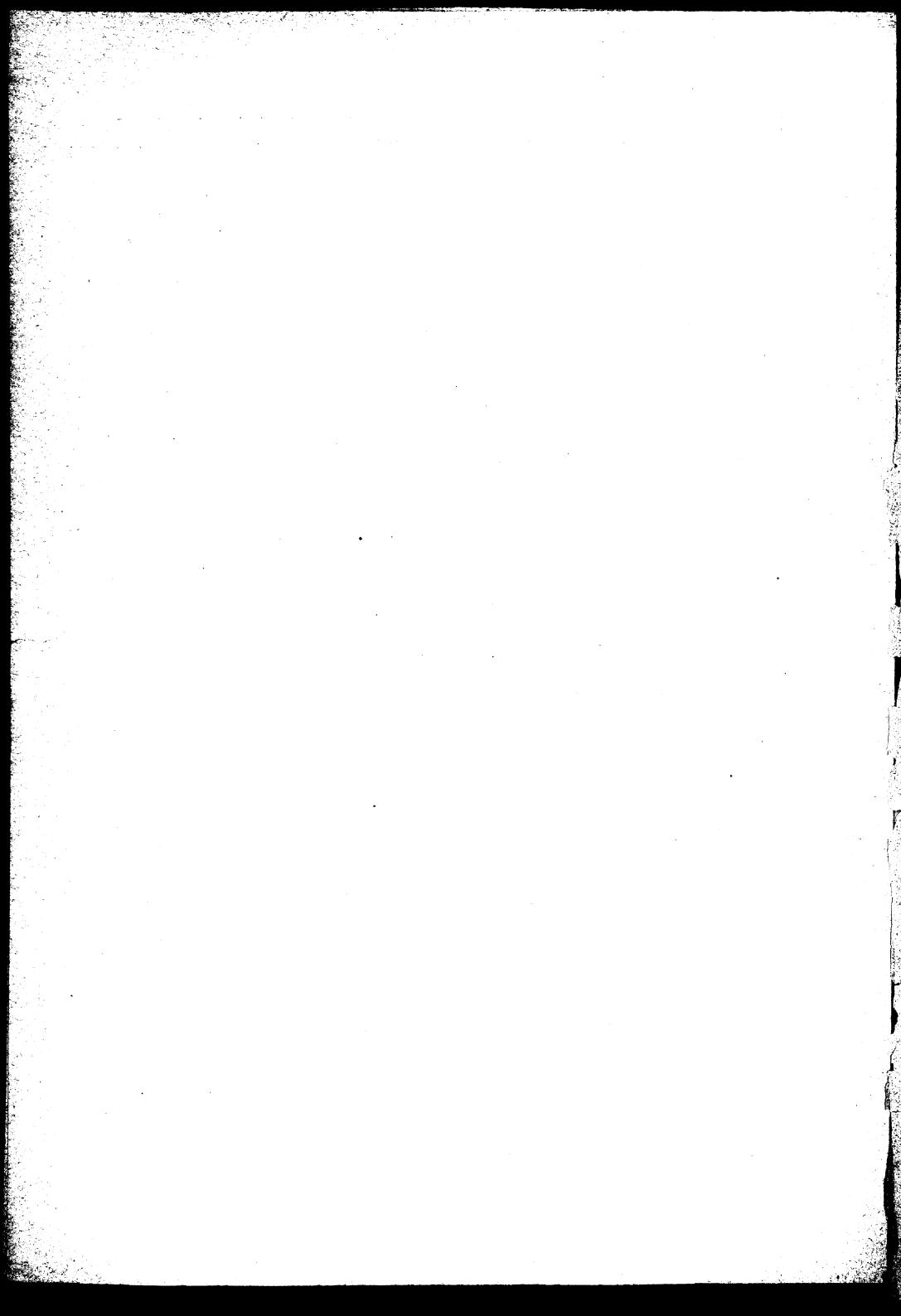
— 276 —

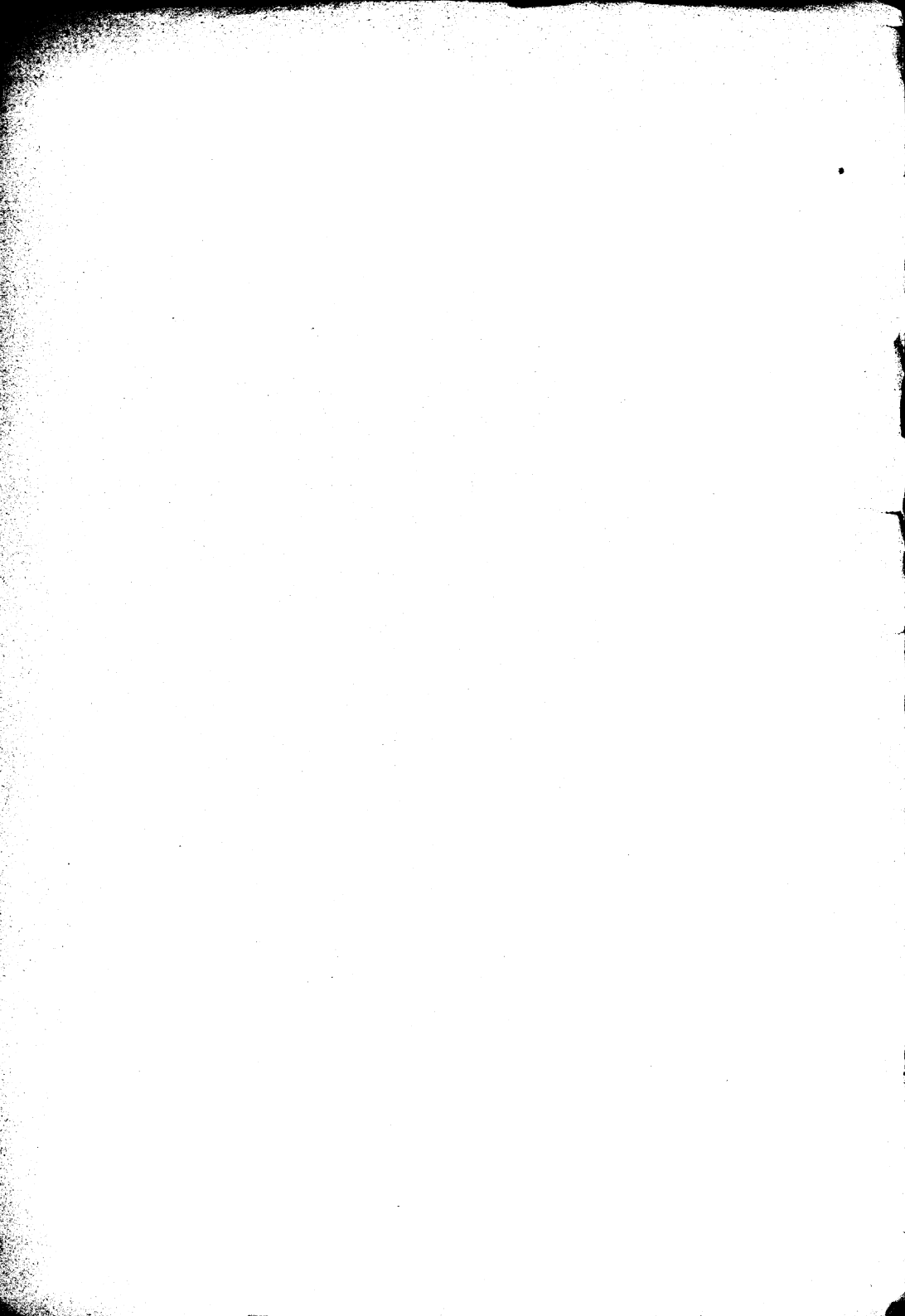
- Contribuzione alla terapia del gozzo. *Gaz. Med. Lomb.* 1872-73.
- Imperfetta erezione del pene per varicosità della vena dorsale. *Giorn. delle mal. veneree*, 1873.
- Caso di spasmo del collo della vescica guarito colla cistotomia. *Riv. Clinico*, Bologna, 1873.
- Angioma del glande. *Giorn. delle mal. veneree*, 1873.
- Rendiconto biennale di clinica chirurgica. *Gazz. Med. Lomb.*, 1874.
- Del jodoformio nelle ragadi all'ano e del cloralio nelle affezioni blennoragiche. *Gior. delle mal. veneree*, 1874.
- Intorno ad un caso di spina bifida e guarigione della medesima col metodo del prof. Rizzoli. *Ann. Univ.*, 1876.
- Dell'oncotomia negli ascessi profondi diffusi dell'avambraccio. *Ann. Univ. di Med.*, 1876.
- Contribuzione ai tumori rari per la loro sede — TIZZONI e PARONA. *Ann. Universali*, 1877.
- Annotazioni chirurgiche. *Ann. Univ. di Med.*, 1877.
- Chirurgia conservativa. *Osserv. pratiche — Indipendente*, 1878.
- Dell'aspirazione capillare dei liquidi e di un nuovo apparecchio aspirante. *Ann. Univ.* 1878.
- Di alcuni tumori rari per la loro sede — PARONA e TIZZONI. *Ann. Univ.*, 1878.
- Intorno ad un caso di frattura del collo anatomico dell'omero con lussazione di quest'osso, ed altro di frattura del condilo esterno dell'omero e sua fuoriuscita da ferita delle parti molli. *Indipendente*, 1879.
- Di un voluminoso sarcoma alla regione sotto-clavicolare sinistra, interessante la quasi totalità del gran pettorale, con ascesso nel centro del tumore ed infezione purulenta. Esportazione del detto tumore unitamente al gran pettorale e risultamenti che se ne ottennero — Relazione fatta alla R. Accademia di Torino, 1878.

- Della resezione precoce delle ossa nella cura della mieleperiostite acuta, suppurata, diffusa e particolarmente della resezione sotto-periosteale di tutta la diafisi della tibia. *Giorn. R. Accad. di Torino*, 1879.
- Stenosi della laringe da pericondrite iperplastica, tracheotomia, laringotomia, dilatazione graduata e guarigione. *Giorn. R. Accad. di Torino*, 1879.
- Caso di ginocchio valgo guarito coll'osteotomia del femore. *Ann. Univ. di Med.*, 1879.
- Deformità congenita agli arti inferiori corretta mediante la resezione delle articolazioni dei ginocchi. *Giorn. R. Accad. di Torino*, 1880.
- Annotazioni intorno alla cura chirurgica delle fistole vescico-vaginali. *Gazzetta Med. Lomb.*, 1880.
- Contribuzione alla resecazione ed esportazione dello sterno. *Indipendente*, 1881.
- Operazione Cesaree per distocia eseguita col metodo Porro. *Indipendente*, 1881.
- Note cliniche sulla cura del mal perforante del piede. *Gazz. degli Ospedali*, 1882.
- Le iniezioni parenchimatose nel gozzo, *Gazz. degli Ospedali*, 1882 — *Enciclopedia Medica Italiana*, 1893.
- Fibro-mioma uterino e cistoma ovarico guariti coll'esportazione. *Indipendente*, 1884.
- Delle cisti ossee dei mascellari. *Giorn. R. Accad. di Med. di Torino*, 1887.
- Cura della spina bifida mediante l'allacciatura elastica. *Gazzetta Medica di Torino*, 1887.
- Dell'osteotomia nella cura del piede varo equino. *Ann. Univ. di Med.*, 1887.
- Casi di ginecologia operatoria. *Ann. Univ. di Med.*, 1887.
- Di alcune operazioni agli organi urinarii maschili. *Archivio Ortopedia*, 1888.
- Di alcune importanti operazioni alle ossa ed alle giunture. *Archivio Ortopedia*, 1889.
- Studio sulla lussazione delle cartilagini semilunari. *Archivio Ortopedia*, 1890.
- Note statistiche e cliniche sopra 310 operazioni chirurgiche. *Gazzetta Medica Lombarda*, 1890.
- Caso di lipoma all'ovaja ed ovidotto di destra. *Giorn. Ostetrico*, 1890.
- Note di chirurgia moderna. *Gazz. Med. Lomb.* 1891.
- La I^a Sezione chirurgica nell'Ospedale Maggiore di Novara, triennio 1890-91-92. Novara, 1893.
- Angioma venoso superficiale esteso a tutta la parte sinistra della faccia e parti adjacenti. Legatura della carotide esterna di sinistra, temporale e faciale di destra, guarigione. *Gazzetta degli Ospedali*, 1894.
- Della cura radicale dell'ernia inguinale e di un nuovo metodo per ottenerla, 1894.
- Contributo alla chirurgia dello stomaco e degli intestini. Novara, 1894.
- Della resezione simultanea di tutte le ossa del tarso. *Policlinico*, 1894.
- Contributo alla chirurgia spinale e cerebrale. *Policlinico*, 1895.
- Nuovo contributo alla chirurgia spinale. *Policlinico*, 1896.
- Singolare anomalia congenita del testicolo destro. *Policlinico*, 1896.
- Testicolo sinistro ectopico ed attorcigliamento del cordone. *Policlinico*, 1897.

Della splenectomia nella milza malarica e più specialmente della efficacia delle iniezioni ipodermiche jodo-jodurate. *Policlínico*, 1898.
Di un nuovo metodo operativo del varicocele. *Policlínico*, 1899.
Della splenopexi. *Policlínico*, 1899.
Contributo allo studio delle lussazioni volontarie. *Policlínico*, 1900.
Di un ernia epigastrica con entro il ventricolo aderente e del metodo operativo impiegato per guarirla. *Policlínico*, 1901.
Voluminosa splenomegalia malarica stranamente lobulata ed inoperabile. *Clinica chirurgica*, 1902.
Note ed appunti all'operazione del Talma nell'ascite da cirrosi epatica. *Policlínico*, 1903.







IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

DIRETTO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI 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, stoché 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 autori 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	15	20
2. Alla sezione chirurgica 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 Fr. oro

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 chirurgica.

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