

OSPEDALE CIVILE SANTA MARIA DI TREVIGLIO

Divisione Chirurgica-ginecologica

SU ALCUNI CASI DI GASTROPTOSI PRIMARIA

RENDICONTO STATISTICO-OPERATIVO

Luglio 1921 - Luglio 1922



Dott. PIER LUIGI DELLA TORRE

mit.
B
58
54

Al Vostro onore
prof. Emilio Engel
h. affettuoso
ricordo e augurio
Gius. Della Torre

SU ALCUNI CASI

DI GASTROPTOSI PRIMARIA

Contributo clinico-operativo

Dott. P. L. DELLA TORRE



Per il mio Maestro prof. STEFANO D'ESTE, che per tanti anni con ardore di scienza e squisitezza d'arte ha guidato nei difficili passi il mio pensiero e la mia mano, è questa tenue fatica, in negletta veste, l'affettuoso tributo di riconoscenza

E ringrazio il dott. Fabrizio Vertova, il dottor Vitali, il dottor Pavia che furono i fedeli miei collaboratori e per me il valido sostegno morale nei momenti più ardui dell'azione, quando lo spirito ha l'incertezza della sosta perchè il pericolo è oltre la soglia.

Treviglio, Luglio 1922.

aforisma già espresso dal Donati che l'enteroptosi non sia di per sé una malattia ma questa possa realmente diventare quando lo squilibrio statico del viscere franga in qualche modo l'equilibrio funzionale, trova perfetto conforto nella rispondenza dei casi clinici. In questi enteroptosici, mi sembra poter dire che l'alterazione anatomica di posizione del viscere crei un particolare stato eretistico nel sistema nervoso della vita vegetativa, che non dà segno di sofferenza funzionale, ma che tuttavia è, in questa sua quiescenza, sul filo di un equilibrio fragile. La fase di latenza può protrarsi a lungo assai, ma basta sovente un momento causale anche lieve e banale che colpisca l'intero organismo ma, in particolar modo, il viscere dislocato perchè il silenzio venga turbato e lo squilibrio funzionale insorga e si mantenga anche dopo scomparsa la causa accidentale. In particolar modo per lo stomaco, dove uno squilibrio nella funzione digestiva è specialmente e subito risentito dal paziente, la successione di questi fatti può essere indagata con chiarezza. Noi vediamo questo particolare e supposto eretismo del sistema nerveo-vegetativo creato dalla ptosi evolvere — data la causa accidentale — subitamente, anzi cadere in uno stato d'ipertonica o di ipotomia simpatica o para-simpatica regionale. Il passaggio non è sempre così brusco: la dislocazione dello stomaco può aver determinato di per sé stessa, a lungo andare, o con la concomitanza di momenti causali secondari, una vera e propria predisposizione vagotonica (Heppinger - Hess) *regionale* manifestantesi con una *sindrome locale di ipereccitabilità vegetativa*. Cito a questo proposito in breve la storia clinica di un caso assai istruttivo: essa si riferisce ad una mia operata. (Osservaz. V.)

R. P. d'anni 36, casalinga, da Rivolta d'Adda: donna con gentilizio immune, senza tare neuropatiche, 2 a. = para con parti normali a termine dopo gravidanze fisiologiche. Ileoitifio a 18 anni. Godette sempre ottima salute fino al dicembre u. s., quando fu colpita da un attacco influenzale di media gravità. La malattia fu guarita in breve tempo, ma un vero e completo benessere non venne più riacquisito, in quanto che residuarono disturbi gastrici lievi, ma molesti per la loro pertinacia, consistenti in un senso di ripienezza stomacale subito dopo l'ingestione di cibi anche in piccola quantità e quantunque ancora permanesse la sensazione della fame. L'appetito era conservato perfettamente, ma l'A. aveva sempre nausea dopo il pasto e vomito facile, senza sforzi penosi, ogni qualvolta i pasti erano più abbondanti del consueto. Aerofagia, rigurgiti acidi senza pirosi saltuariamente, stitichezza. Le cure mediche fallirono completamente. Circa un mese fa, in modo improvviso — pare dopo un'indigestione accompagnata da un po' di febbre — insorse un vomito incoercibile imponente, contro il quale a nulla valsero i comuni mezzi terapeutici. D'allora continuamente, notte e giorno, la paziente fu tormentata da vomito violento ad ogni introduzione di cibi sotto qualsiasi forma, da conati penosi e frequentissimi a stomaco vuoto, con interruzioni di brevi pause in cui l'A. cadeva assopita per la stanchezza. Il sonno era però di breve durata e ancora veniva sovente di colpo interrotto da forti conati che portavano alla emissione di modica quantità di liquame acido e schiumoso. Non furono mai notate tracce di bile. Unica sostanza tollerata era il ghiaccio e brodo freddo in scarsa quantità per volta. Iperestesia cutanea spiccata alla regione epigastrica; dolore alla pressione digitale esercitata in corrispondenza del 3° sup. della linea alba. Deperimento generale rapido e notevolissimo tale da raggiungere una vera e propria emaciazione cachettica.

Io vidi l'A. il 6 Maggio u. s., durante una delle crisi solite più imponenti. L'A., in stato di perfetta lucidità di mente, si mostrava tuttavia assai depressa psichicamente. P. = 82, abbastanza valido. Il decubito orizzontale aumentava notevolmente gli accessi di vomito, così che essa era obbligata a mantenersi in posizione assisa. Addome leggermente tumido e dolente in toto alla pressione: era tuttavia ben trattabile ad eccezione che nella zona epigastrica, ove era assai accentuata l'iperestesia cutanea e il dolore alla pressione profonda. La delimitazione dell'aja gastrica alla percussione riesciva molto incerta: area di Traube assai ridotta. Applicando la mano a piatto sull'epigastrio o meglio, con l'ascoltazione diretta, era nettamente percettibile, fra un conato di vomito e l'altro, un rumore prolungato e forte come di cascata d'acqua, diretta da destra verso sinistra, dovuta con probabilità ad energici movimenti di antiperistalsi. Non esisteva stipsi assoluta; l'emissione di gas avveniva spontaneamente; si notavano intorno all'ano noduli emorroidali turgidi. Urine scarse ma albumina e zucchero. La sintomatologia era così imponente e, nello stesso te-

che lì per lì non seppi formulare altro che una diagnosi di probabile ostacolo meccanico piloro-duodenale, non occludente, riserva fatta per una possibile sindrome isterica.

La paziente fu sottoposta il giorno successivo ad una laparotomia esplorativa. Anestesia generale cloroformica. Il cavo addominale venne minutamente esplorato per una ampia incisione mediana sopra e sotto ombellicale, l'intestino svolto metodicamente, esplorate in ispeccial modo le fossette duodenali e la retrocavità degli epiploon. Non si trovò altro che una ptosi gastrica notevole (1) (nel decubito orizzontale la piccola curvatura affiorava la linea ombellicale trasversa) con dislocazione del segmento piloro-duodenale, ectasia notevolissima della prima porzione del duodeno con ipertrofia delle sue pareti. Piloro manifestamente rilassato e insufficiente, quantunque la narcosi non fosse che superficiale. Allungamento spiccato dello stomaco senza tuttavia che il suo diametro trasverso fosse aumentato; pareti di esso apparentemente normali come spessore e tonicità; cardias in posto. Angolatura duodenale manifesta all'angolo epatico. Nell'ultima fase dell'esplorazione dello stomaco la paziente fu colta, non ostante la narcosi leggera, da grave chok. Due iniezioni di adrenalina intramuscolari non ebbero effetto manifestando così che si dovette cessare ogni somministrazione di narcotico e rinunciare ad ogni ulteriore indagine e intervento chirurgico. Il decorso postoperatorio fu ottimo: nei primi due giorni si ebbero vomiti biliari assai molesti, ma non frequenti. Qualche conato di vomito in 3^a giornata subito dopo l'ingestione di liquidi. L'alimentazione poté essere ripresa, nei giorni successivi, in misura normale: nè mai ebbe ad osservarsi accenno dei disturbi che in modo così pertinace avevano tormentato la paziente. Attualmente la guarigione persiste in modo completo; l'A. può nutrirsi con qualunque cibo ed ha ripreso le sue normali occupazioni.

Per quanto troppo poco tempo sia trascorso dall'atto operativo, resta comunque il fatto della guarigione immediata - quantunque ancora non possa designarsi come stabilmente definitiva - di turbe gastriche imponenti in una gastroptotica a seguito di una semplice laparotomia esplorativa. E su questo argomento avrò campo di accennare ancora in seguito. Importa qui soprattutto notare con quanta e quale facilità lo squilibrio funzionale gastrico sia insorto in seguito ad un momento patologico banale che colpiva l'organo ptotico. La preesistente *sindrome globale d'ipereccitabilità vegetativa regionale* (gastrica) che a sua volta era stata determinata da un attacco d'influenza, ma che tuttavia nei rispetti della funzione gastrica se pur già portava ad uno squilibrio manifesto fra l'azione del simpatico da una parte e del parasimpatico dall'altra, ancora non era sufficiente a determinare un vero e proprio *paradosso dei toni*, è caduto, così, di schianto in una vera e propria *vagotonia regionale* (ipertonica acuta para-simpatica). Su questa direttiva d'interpretazione, riesce spiegabile la mancata reazione della paziente all'azione di una dose anche forte di adrenalina, e la nessuna utilità tratta, nel corso della malattia, dalla somministrazione dei calmanti, specie della morfina.

Casi come questo sommariamente descritto devono tuttavia essere abbastanza rari avuto riguardo anche al fatto che i disturbi (motori e secretori) dello stomaco non furono mai seguiti da fenomeni a distanza apprezzabili, ma rimasero unicamente limitati a quest'organo.

Per lo più, almeno in quei gastroptotici che dopo un lungo periodo di sofferenza ordinariamente giungono all'osservazione del chirurgo, noi riscontriamo delle sindromi viscerali che tendono prevalentemente alla *simpaticotonia*, vale a dire all'ipertonica del simpatico. Essi sono degli ipo-secretori di elementi chimici attivi gastrici, in cui la motilità dello stomaco (e dell'intestino) fa difetto per atonia muscolare e le digestioni avvengono con ritardo e lentezza. La stitichezza è la regola. Spesso in questi individui il quadro della simpaticotonia trabocca oltre i limiti regionali e il quadro si completa con fenomeni a distanza (cardiaci, respiratori, vaso-motori, secretori). Sovente primeggiano nel complesso sintomatico segni di irritazione continuata del plesso solare o del pneumogastrico. La nevrite, anzi, di questi nervi deve essere tutt'altro che infrequente: una sindrome pressochè completa addebitabile ad una cosiffatta alterazione io la trovai presente in forma evidente in tre dei miei casi operati (1^a - 3^a - 4^a): negli ultimi due i dolori addominali insorgevano per crisi isolate, mentre nella prima operata esse si erano fatte quasi continue, con stato di visceralgia profonda ad irradiazioni parossistiche destro-renali (costrizione in emicintura) e dorso-tora-

(1) La ptosi fu controllata in seguito anche radioscopicamente e precisata come grave ptosi piloro-duodenale.

ciche. In tutti questi casi la dislocazione piloro-duodenale era accentuatissima. In due soli degli operati (1° e 4°) io saggiai (nel primo caso non volutamente) con iniezioni di adrenalina endomuscolari, prima dell'atto operativo, questo stato particolare di ipersimpaticotonia: si ebbe come risultato quasi immediato la comparsa di una considerevole tachicardia con senso penoso di ambascia precordiacca, tremori, aumento della tensione arteriosa (250 - 230 allo sfigmomanometro del Pacini), aumento del tasso della diuresi. Non verificai glicosuria. In queste due malate era pure nettamente assente il riflesso oculo-cardiaco di Dagnini Aschner.

Applicando il concetto delle vagotonie e delle simpaticotonie, le sindromi indotte dalla ptosi gastrica, così disperate e complesse da individuo ad individuo e nel corso stesso della malattia, vengono ad essere chiaramente sistematizzate ed interpretate secondo un criterio fisiopatologico rigorosamente scientifico. In questo senso mi sembra debba essere chiarito il termine incerto di nevrosi gastrica e intestinale da gastropotosi. Così a seconda che prevalga il momento ipervagotonico o ipersimpaticotonico, restano chiaramente messi in luce certi *stati gastrici* riferiti dal Vignolo nell'ultimo Congresso Italiano di Chirurgia, riferentisi alla funzione secretoria (tipo ipocloridrico o ipercloridrico) e a quella motorio-evacuativa (tipo ad evacuazione accelerata o ad evacuazione ritardata) nelle gastropotosi essenziali.

Così pure possono essere chiariti fenomeni a distanza di dubbia interpretazione: ad uno stato di ipervagotonia, ad esempio, potrebbero essere ricondotti i fatti di disfagia o di pseudostenosi esofagea che si osservano in alcuni gastropotosici, dei quali riferi esempi il Giordano nello stesso Congresso più su ricordato.

Nell'analisi di tutte queste alterazioni cui la gastropotosi dà luogo, non deve naturalmente essere trascurato il fattore puramente meccanico, nel senso, ad esempio, che la muscolatura della parete gastrica divenga a lungo andare insufficiente a rimontare l'ostacolo creato direttamente dalla ptosi. Momento meccanico e momento nervoso possono variamente incrociarsi, sovrapporsi, assumere volta per volta caratteri di preponderanza cosiffatta da cancellare od invertire addirittura ogni relazione e proporzione di causa e di effetto. Quantunque davanti al caso pratico noi siamo tratti logicamente a pensare che lo squilibrio funzionale meccanico e nervoso debba ritenersi come la conseguenza unica e necessariamente immediata dello squilibrio statico del viscere, è tuttavia motivo di riflessione il fatto che con frequenza insospettata la consuetudine dell'indagine radiologica nella clinica umana abbia rivelato l'esistenza di ptosi gastriche anche di alto grado, senza che perciò i singoli individui che ne sono affetti ne adducano motivi di sofferenza. Questa riflessione ribadisce il concetto già formulato da Hirschfeld, dal Donati e dal Morelli, che la gastropotosi in equilibrio funzionale possa clinicamente, se non anatomicamente, non ritenersi come vera e propria malattia; ciò che pertanto non toglie che il soggetto che ne è colpito debba essere considerato come malato, nel senso che il ritmo delle sue funzioni gastriche oscilla entro limiti paragonabili a quelli di un cuore con vizio organico compensato. Non è illogico pensare se, per avventura, per quei casi in cui la ptosi gastrica rivela in un dato momento l'insorgenza di turbe funzionali, simpatiche e parasimpatiche in modo essenziale, non preesistesse (lo ripetiamo) o, almeno, non concomitasse, latente, una di quelle sindromi globali d'ipereccitabilità vegetativa descritta da Eppinger ed Ess con la denominazione di *costituzione o predisposizione vagotonica*. Naturalmente questo concetto che tenderebbe a riferire ad una specie di tipo costituzionale, ad un *substratum* neuropatologico, *la maggiore o minore facilità di insorgenza delle sindromi di squilibrio funzionale* in soggetti gastropotosici, non infirma per nulla il problema terapeutico dell'ortotetica viscerale, in quanto che col ristabilire la posizione e l'orientamento del viscere o, quanto meno, col correggerne la viziata topografia noi veniamo a realizzare la condizione principale atta a ricondurre l'organo coi suoi apparati nervosi e vascolari verso la sua funzione fisiologica. E' certo però che la precisa nozione dello squilibrio fra il parasimpatico e il simpatico nei gastropotosici, squilibrio che conduce al così detto *paradosso dei toni* e che noi possiamo indagare farmacologicamente (atropina, adrenalina, pilocarpina), oltre che condurre a deduzioni terapeutiche interessanti circa l'istituzione di una cura medica complementare a base di atropina o adrenalina, riesce di reale vantaggio nell'orientamento del problema chirurgico-operativo in certi casi particolarmente gravi in cui l'ortotesi del viscere può riuscire insufficiente e richiedere a complemento un intervento sui nervi splanchnici (Operazione di Exner, Latarjet, Jaboulay, etc.).

Nei sette pazienti nei quali intervenni chirurgicamente, solo in un caso — e precisamente nel primo — io trovai insieme con una dislocazione pilorica di alto grado un abbassamento (allungamento dell'esofago) del cardias, ma in misura non molto accentuata. La paziente, pur senza aver mai fatto uso del busto, presentava un torace allungato e imbutiforme con misure cirtometriche corrispondenti a 60 centimetri a livello dell'apofisi ensiforme e 54 centimetri a livello delle false costole. In tutti gli altri casi la ptosi era unicamente a carico del segmento pilorico e in misura tale che, a soggetto in posizione eretta, l'antra pilorico veniva a cadere in grado variabile sotto la linea bisiliaca. Ad eccezione che nel primo caso summenzionato, in cui lo stomaco fu trovato realmente piccolo come capacità complessiva, ma con pareti ipertrofiche, in tutti gli altri l'organo pur non presentandosi ectasico nel vero senso della parola, vale a dire dilatato in *tutti i suoi diametri*, aveva assunto una forma tubulare, tenuto conto della spiccatissima sproporzione fra il suo asse trasversale, inferiore alla norma od oscillante entro i limiti fisiologici, e il suo asse cardio-pilorico divenuto estremamente lungo. Debbo aggiungere che mentre tale disposizione e forma patologica dello stomaco era già apparsa chiara all'indagine radiologica ripetuta e accurata, di non poco appariva modificata al tavolo operatorio attraverso l'incisione laparotomica, anche perchè la massa viscerale e il colon trasverso in ispecial modo tendevano a sormontare l'organo ptosico mascherandolo in parte, e solo era possibile riprodurne parzialmente la fisionomia topografica disponendo il letto operatorio in posizione assai declive. Anche in tutti quei casi (in numero di otto) non operati ma che ebbi campo di osservare metodicamente, l'esame radioscopico praticato sul paziente in posizione eretta mi dimostrò costantemente una tale disposizione dello stomaco affetto da ptosi. Dalla mia esigua esperienza personale risulterebbe quindi nettamente invertita la proporzione di frequenza fra le due varietà di gastropotosi comunemente descritte: la così detta *dislocazione orizzontale* (totale) e *quella verticale* (piloroptosi). Mi sembra inoltre che l'affermazione del Bastianelli, secondo cui la gastropotosi pura debba essere interpretata piuttosto come un allungamento dell'organo e non come vera ptosi, possa ricevere in parte da questi miei reperti una giusta conferma. Giova a questo proposito richiamare l'attenzione sui non infrequenti errori d'interpretazione che l'indagine biopsica durante la laparotomia o l'esame radioscopico non rigorosamente attento e metodico possono ingenerare circa la valutazione della forma e del grado di una gastropotosi. L'apertura del cavo addominale nel vivente e specialmente nella posizione che di solito si dà al paziente sul letto operatorio, viene a sconvolgere notevolmente l'equilibrio statico e la misura topografica che normalmente hanno i visceri nell'addome chiuso. Nel caso nostro particolare, lo stomaco resta in parte nascosto allo esame diretto, l'aria che in maggiore o minor quantità vi è raccolta si porta in avanti rendendolo globoso specialmente in questa direzione, la porzione orizzontale aumenta di lunghezza a spese della porzione discendente e si porta in misura proporzionatamente maggiore di quest'ultima verso l'alto e a destra simulando un accorciamento dello stomaco e variandone notevolmente l'asse di direzione, e ciò tanto più in apparenza in quanto che piccola e grande curvatura si parallelizzano nel loro segmento distale. Se la narcosi è profonda, le pareti si rilassano in grado notevole e lo stomaco, nel complesso, assomiglia nell'aspetto, nella forma, nella direzione, allo stomaco descritto dagli antichi anatomici. Solo col rendere assai declive il letto operatorio l'orientamento normale e la posizione dello stomaco si ristabiliscono in parte. In tali condizioni d'esame non è assolutamente possibile valutare con sufficiente esattezza il grado di una ptosi, nè tanto meno stabilire se questa appartiene alla così detta varietà orizzontale o verticale. Se pure è relativamente agevole verificare la maggiore o minore mobilità del segmento pilorico e dedurne una misura approssimativa di dislocazione basandosi anche sui reperti delle alterazioni di forma e posizione che altri organi prossimiori presentano (duodeno), difficilissimo riesce nel corso di una comune laparotomia, specie se condotta con taglio mediano, riconoscere se anche il cardias partecipa alla ptosi o, quanto meno, se l'esofago si è allungato verso il basso. E si aggiunga che di solito negli interventi per gastropotosi si ha a che fare con toraci stretti, ciò che contribuisce a rendere ancor più difficile e malagevole l'esplorazione del segmento superiore dello stomaco.

A *priori*, già sulla scorta delle nozioni anatomiche abbiamo motivo di ritenere come eccezionale la dislocazione *orizzontale* dello stomaco o, più correttamente, la ptosi totale con abbassamento del piloro e del cardias. Jonnesco e Charpy attribuiscono infatti all'esofago addominale una considerevolissima potenza come mezzo di sospensione dello stomaco, tale da resistere anche nella *caduta totale* di quest'organo: « il ne se laisse que faiblement allonger ». Ed aggiungono: « l'estomac ne se déplace que rarement et en masse, car il est suspendu à la voûte du diaphragme par l'oesophage dont la position est fixe ou qui, du moins, ne peut s'allonger que d'une faible quantité ». Per Grégoire le conclusioni sono perfettamente identiche: lo stomaco resta stabilmente sospeso per mezzo dell'esofago e della sua grossa tuberosità. Al *legamento sospensore dello stomaco* questo Autore attribuisce, anzi, un'importanza considerevolissima. « Sa résistance est assez grande pour que jamais il se relâche. Il peut y avoir abaissement du pylore, du pôle inférieur de l'estomac; il n'y a jamais de *gastroptose proprement dite* ». Ma anche a proposito dei rari casi di *caduta totale* o *lussazione* circa il grado di *allungamento* della porzione addominale dell'esofago, in quanto che in tali casi lo stomaco *perde* (Jonnesco e Charpy) la sua grossa tuberosità e pende come un sacco o, affilato come un tubo, così che solo apparentemente l'esofago è più allungato di ciò che è in realtà e il cardias dislocato più in basso.

Già abbiamo accennato che l'esame radiologico può condurre a false interpretazioni del grado e della forma di una gastroptosi qualora non sia condotto con accuratezza e metodo. Oggigiorno che nella patologia viscerale la ricerca dei segni obiettivi tangibili ha assunto sotto ogni aspetto un'importanza fondamentale così da gravare sulla bilancia del diagnostico con un peso di gran lunga superiore a quello costituito dalla somma delle turbe sofferte dal paziente, l'esame radiologico resta pur sempre il mezzo d'indagine più preciso, più diretto e, anche, più pratico, presentando esso vantaggi incontestabili di completezza su ogni altro mezzo d'indagine semeiologica. In particolare per la ptosi gastrica, mentre tutti gli altri mezzi diagnostici non riescono a fornire nella comune dei casi reperti decisamente positivi, l'esame radiologico precisa la malattia sia dal punto di vista anatomico che funzionale e diventa, in moltissimi casi, un mezzo *indispensabile* di diagnosi. Se nell'esame radioscopico di uno stomaco ad ammalato in posizione eretta noi partissimo dal concetto che della normale posizione dello stomaco avevano i classici anatomici, noi saremmo condotti a fare oscillare la misura della dislocazione patologica di esso entro limiti assai più ampi di quello che in realtà si verifica. L'anatomia classica, infatti, assegna come limite inferiore al fondo dello stomaco o, per precisare meglio, alla gomitatura del vestibolo pilorico una linea passante a tre dita trasverse sopra l'ombellico e per le decimi cartilagini costali (Jonnesco; Merkel), supposto lo stomaco moderatamente disteso. Ewald conferma all'incirca lo stesso livello, aggiungendo che questo resta sensibilmente fisso sia in posizione orizzontale che eretta, a stomaco ripieno di aria o di acqua. E' questa una nozione basata su l'osservazione dei cadaveri, là dove fanno difetto importanti fattori di statica addominale (gas intestinale, respirazione polmonare (Donati, Morelli) etc.). Ma sul vivente tale concezione deve essere modificata in quanto che è ormai nozione comune che la porzione più bassa dello stomaco discende, dietro ingestione di circa 400 cm³ di pappa di bismuto, fino alla linea crestoiliaca ed anche più in basso, specie nelle donne. Negli individui normali l'ombra proiettata sullo schermo assume comunemente, nel riposo, la forma di un amo, o meglio di un J maiuscolo: tipo ortotonico di Schlesinger; la porzione orizzontale ascendente verso destra comprende il vestibolo pilorico e il canale pilorico, segmenti che se pur l'anatomia normale mantiene distinti, non possono sullo schermo radioscopico essere nettamente individualizzabili in uno stomaco normale. Essi lo diventano, invece, in alcuni stati patologici dell'organo, allorquando, ad esempio, senza concomitante ptosi pilorica esiste una vera dilatazione a sacco della vestibolo pilorico (Cerné et Delaforge) con sviluppo esagerato di un cul di sacco gastrico che viene ad occupare la fossa iliaca sinistra. La forma ad amo dell'ombra dello stomaco si accentua allora ancor più (tipo ipototonico di Schesinger) e la pappa di bismuto — nella quantità che comunemente si suole somministrare — si raccoglie tutta in questa porzione declivando l'impressione che lo stomaco stia tutto lì, in forma di una grossa ansa tubulare, dislocato in toto orizzontalmente. E' facile, premendo a piatto con la mano su questa porzione

di stomaco, far risalire verso il cardias e verso il piloro la pappa bismutata, ma un osservatore superficiale che non ricorra a questo semplice mezzo potrà incorrere in errate interpretazioni e diagnosticare una ptosi inesistente o valutare un grado di ptosi superiore al reale in quei casi in cui insieme con la dilatazione del vestibolo realmente coesisti una dislocazione del piloro. In questi casi di atonia ed ectasia del vestibolo riesce sempre utile, per non incorrere nell'errore accennato, confrontare sempre fra di loro il profilo del tratto corrispondente delle due curvature che lo delimitano, affinché dalla sproporzione risultante venga desunto qualche dato che serva ad orientare il diagnostico. Pure utilissima riesce la prova del *riempimento graduale*. Nella vera ptosi verticale (piloro-duodenale) dello stomaco, la ricerca della mobilità del canal pilorico e del duodeno ha un grande valore: si può parlare praticamente di vera ptosi verticale quando la porzione orizzontale dell'ombra gastrica discende, nella posizione eretta del paziente, in totalità al disotto dell'orizzontale ombellicale. La piloro-ptosi rappresenta il sintoma più importante e il più chiaro indizio della ptosi gastrica nell'immagine radioscopica. Ma tale segno nella valutazione del grado della dislocazione gastrica non può essere assunto a valore assoluto, in quanto che lo spostamento in basso della porzione pilorica (e del duodeno) dipende anche in parte non trascurabile dal sovraccarico indotto nello stomaco dal pasto di bismuto ingerito. Quanto più esso sarà copioso, tanto più la porzione pilorica si abbasserà trascinando con sé il segmento mobile del duodeno, e ciò specialmente nei casi in cui per atonia ed ectasia gastrica concomitante il limite massimo del carico normale è presto raggiunto.

Comunque sia, quantunque ancora oggidi nel campo della radiologia assai vessata permanga la questione se la ptosi dello stomaco esista come malattia a sé, come forma morbosa essenziale, o non sia piuttosto *l'espressione clinica* di ciò che radiologicamente viene definito e interpretato come pura e semplice ectasia meccanica, è ormai opinione condivisa dalla maggioranza dei radiologi che nella ptosi dello stomaco la dislocazione debba essere esclusivamente (Faber) o quasi sempre riferita al segmento piloro-duodenale e solo in via eccezionale al cardias. Questa nozione spostata, come di leggieri si comprende, in misura non disprezzabile il problema tecnico-operativo.

Giova aggiungere che nei malati che giungono al chirurgo, generalmente dopo lunghi anni di sofferenza e dopo avere inutilmente esperito le più svariate cure mediche, spesso si trova insieme con una dislocazione pilorica anche un'ectasia (secondaria) più o meno accentuata dall'antro. Questa ectasia può essere unicamente limitata a tale zona dello stomaco e con essa può andare unita una dilatazione spesso notevole della prima porzione del duodeno come io ebbi a verificare con chiara evidenza in tre casi operati (3° - 5° - 6°). Tale fatto conferma ancora una volta la solidarietà anatomica e fisiopatologica della prima porzione del duodeno con lo stomaco, come ebbe a dimostrare il Vignolo nell'ultimo Congresso Italiano di Chirurgia.

Da ultimo occorre far menzione di una forma speciale di dislocazione gastrica che impropriamente vien designata come ptosi *trasversale* od orizzontale e che può esser dovuta a deformazione (strittura) del torace e dell'addome dietro pressione del busto (Bourcart: Le ventre pag. 179). In tale forma morbosa il piloro e il cardias conservano la loro situazione normale ed è solo la porzione mediana dello stomaco che viene più o meno sospinta in basso così che l'organo viene ad assumere la forma di una bisaccia. L'inflessione dello stomaco può in tal modo essere assai accentuata e provocare i maggiori disturbi. Il colon trasverso è pure dislocato in basso e, in molti casi, la dislocazione gastrica è interpretata come secondaria ad una ptosi di questo segmento d'intestino. Ransohoff di questa varietà fa speciale menzione nel suo lavoro sul « Trattamento operativo della gastroenteroptosi » e ad essa concede una cospicua importanza come fonte di gravi disturbi funzionali anche quando il grado della dislocazione non è molto accentuato.

*
* *

Bisogna riconoscere che se pur dal lato scientifico puro queste ed altre disquisizioni conservano intatto il loro valore, dal lato pratico e, specialmente, dal punto di vista del problema terapeutico generale qualcuna di esse viene a perdere alcun poco della sua impor-

tanza, in quanto che se scolasticamente alcuni concetti riguardanti specialmente il grado o la forma della ptosi, la tonicità delle pareti dell'organo e l'ectasia parziale o totale concomitante alla ptosi in maggiore o minore misura, devono essere mantenute distinte o, almeno, considerate separatamente, esse devono compendiarsi assai più intimamente nell'impostazione del precetto curativo chirurgico. In altre parole, la ptosi gastrica deve essere definita, chirurgicamente, più dalla sua fisiologia che dalla sua forma e dal suo grado, e ben dice il Donati che il considerare la gastropnosi in forma e grado consente soltanto una visione unilaterale e speciosa del quadro morboso. Da questo punto di vista e in questo senso di grande e vera utilità riescono come tipi di confronto gli schemi radiologici gastrici di Schlesinger, studiati contemporaneamente sia dal lato della forma che da quello della durata dello svuotamento (tonicità e motilità).

Definire chirurgicamente la ptosi gastrica specialmente in base alla sua funzionalità, significa spostare il problema terapeutico operativo verso tutti quei corollari che i moderni studi sul sistema nervoso della vita vegetativa (simpatico, parasimpatico, complesso ghiandolare endocrino) ci hanno acquisiti in questi ultimi tempi. Ciò non significa affatto trascurare il lato del problema chirurgico che riflette l'ortotetica, ché anzi questo resta pur sempre il precetto fondamentale in quanto che ristabilire la statica viscerale con opportunità di modo e di tempo deve logicamente significare il ristabilimento delle funzioni atte a far sì che in una certa misura compatibile con una buona funzione ritorni l'equilibrio dei toni neuro-endocrini. Ma in casi particolarmente gravi, e specie in quei pazienti in cui è logico pensare che il lungo perdurare della malattia abbia indotto uno squilibrio stabile nell'intima armonia dei vari sistemi neuro-endocrini, non suscettibili né più capaci di riattuare l'eutritmo biotonico nel ristabile equilibrio statico dell'organo dipendente, un più diretto e razionale intervento sul sistema nervoso della vita vegetativa deve essere invocato ed attuato a complemento e conforto dell'atto operativo principale (l'ortotesi). Parlavecchio ha su questo concetto improntato uno dei più brillanti paragrafi dei suoi studi, insistendovi in modo particolare: io ho eseguito con ottimo risultato questo suggerimento in uno dei miei casi (III^o), in cui insieme con una gastropessi fu praticata un'operazione di Latarjet. Se tuttavia a distanza di tempo la funzionalità gastrica è qui ricaduta in parziale sofferenza, non hanno, almeno fino ad oggi, fatto ricomparsa le crisi gastralgiche che tormentavano la paziente, e le stesse turbe funzionali che si sono riaffacciate — forse anche imputabili ad una non corretta pepsia — si mostrano tuttavia influenzabili in bene da un opportuno trattamento medico.

*
* *

Riferisco qui brevemente le notizie cliniche riguardanti i casi operati:

Caso I^o - D. G. d'a. 27, benestante, da Lurano: donna nubile, senza precedenti famigliari e remoti. Soggetto dolicoscheletrico, a torace allungato, imbutiforme.

Misure cirtometriche: a livello dell'apofisi ensiforme dello sterno: 60 cm.; a livello delle false costole: 54 cm. Sette anni or sono, a seguito di un attacco influenzale di modica intensità, iniziarono turbe gastriche di cui mai prima aveva sofferto, consistenti in iperacidità e pirosi, senso molesto di sovrapienezza gastrica subito dopo i pasti, gastralgie. Col progressivo aumentare d'intensità di tutta questa sindrome, vennero aggiungendosi vomiti penosissimi che sovente avevano carattere di vero e proprio rigurgito, tanto immediato sopravveniva il vomito dopo l'ingestione di cibi anche in scarsa quantità. Questi ultimi fenomeni vennero qualificati da medici internisti come dovuti a neurosi gastrica. Le cure furono molteplici (climatiche, balneoterapiche, antiistemiche, ricostituenti ecc.) e praticate anche in case di salute, ma senza effetto alcuno. Il dimagrimento e lo scadimento di tutte le forze divenne progressivamente sempre più rapido e accentuato. Si aggiunse oligoemia, dismenorrea, insonnia. La paziente era costretta durante la digestione dei pochi cibi che riusciva a tollerare, al decubito orizzontale sul fianco destro: tale posizione concedeva una lieve tregua, un certo sollievo alle sue sofferenze. Per la nutrizione ricorreva altresì a clisteri nutritivi. — Il quadro clinico si stabilizzò in forma grave in questi ultimi tre anni: l'iperacidità diminuì e solo a tratti si avevano pirosi moleste; lentissime erano le digestioni talché ancora al mattino si aveva vomito di sostanze ingerite la sera precedente; violenti le gastralgie anche

indipendentemente dai pasti, con irradiazione profonda alla metà superiore dell'addome, alle regioni dorso-toraciche e renale destra, con senso di costrizione a cintura assai penoso. Queste visceralgie da qualche mese si erano fatte continue, ma non molto accentuate, con esacerbazioni gravi saltuarie. Come fenomeni collaterali erano insorti stitichezza abituale, cardiopalmo, facile emotività, febbricitante frequenti.

Io vidi la paziente ai primi di luglio del 1921, in condizioni di nutrizione generale estremamente compromesse. Peso kg. 44. Essa era decisa a tutto. Era in uno stato di eccitazione psichica così accentuata da far pensare ad una psicosi. L'esame clinico parlava chiaramente per una gastroplosi grave che l'esame radiologico dimostrò in tutta la sua gravità: stomaco del tipo *atonico* di Schlesinger, piccolo e allungato, con ombra visibile (250 gr. di pappa di bismuto) compresa tutta nella metà sinistra del piccolo bacino. L'A. subito dopo l'esame radioscopico vomita con dolori intensi quasi tutto l'ingesto. Osservazione protratta per otto giorni nell'ospedale: essa conferma la sindrome precisata dalla paziente. Il 17-VII, dopo una crisi visceralgica, l'A. presenta fenomeni di *chok*: un'iniezione endomuscolare di adrenalina ha effetto rapido ma eccessivo, con la comparsa di forte tachicardia, tremori diffusi, brividi di freddo, diuresi postuma elevata; assenti il glucosio e l'albumina. Tensione arteriosa (a 20' di distanza dall'iniezione): 250: sfigm. Pacini. Il riflesso oculo-cardiaco di Dagnini-Aschner, ricercato più volte in seguito, fu sempre trovato assente.

Operazione (19-VII). - Anestesia generale con H. M. C. (Abbot) 1 + 1 + 2 - Laparotomia mediana sopra e sottoombelicale. Lo stomaco si presenta di forma tubulare cilindrica, assai piccolo nel senso del suo asse trasversale, allungato con notevole ptosi del segmento pilorico e della prima porzione del duodeno. Questa si dimostra modicamente ectasica. Le pareti gastriche sono ipertrofiche. Nella posizione orizzontale della paziente, la piccola curvatura nel suo tratto delimitante l'antro pilorico scende a un dito trasverso sotto l'ombelico. Inclinando fortemente il tavolo operativo in posizione inversa alla Trendelenburg, e divaricando fortemente il margine sinistro della ferita, la grossa tuberosità dello stomaco si mostra alquanto abbassata e indipendente dal diaframma per modico allungamento dell'esofago addominale. Il colon trasverso si mantiene ben accollato allo stomaco.

Gastrostenoplastica verticale del terzo superiore dello stomaco e gastropessi secondo la tecnica che verrà descritta in seguito.

Decorso postoperatorio ottimo. Nei primi quattro giorni la paziente lamenta attacchi di gastralgie violente, con senso di crampo epigastrico e vomiti biliari, più forti dopo l'ingestione di liquidi: essi hanno tregua dietro applicazione di borse d'acqua calda e ponendo l'A. sul fianco destro. A cominciare dal quinto giorno cessa ogni disturbo e l'alimentazione viene gradualmente ripresa, fino ad ingestione e perfetta tolleranza di qualunque cibo dopo i primi quindici giorni. Dopo un mese circa l'operata lascia l'ospedale in perfette condizioni di salute, con senso di benessere completo. Essa è aumentata in peso di 7 kg. Dopo tre mesi l'aumento ha raggiunto i 18 kg.: funzionalità gastrica perfetta; migliorata assai la stitichezza.

La paziente si fa rivedere esattamente sei mesi dopo l'atto operativo. Peso kg. 60. Essa lamenta una sensibile diminuzione dell'appetito, digestioni alquanto laboriose, pirosi, rigurgito saltuario al mattino a digiuno di liquido acquoso, limpido, acido, con tracce di muco. Essa teme la ricomparsa della prima malattia. Viene sottoposta ad un esame radiografico. Lo stomaco è disposto obliquamente dall'alto in basso e da sinistra verso destra: la grande curvatura si abbassa di un dito trasverso al disotto dell'ombelico nel suo tratto inferiore. La grande bozza è in rapporto col diaframma. Non esiste la caratteristica ansa orizzontale della porzione prepiloro pilorica; l'organo sembra continuarsi col duodeno secondo un asse obliquo rettilineo. Si nota una notevole ectasia gastrica specialmente a carico del terzo medio dello stomaco: la motilità non appare però gran che modificata. Nello stomaco è contenuta discreta quantità di liquido.

Viene prescritta una cura medica a base di magnesia bisurata, belladonna e paraganolina: si consiglia una dieta congrua con lo stato gastrosucorroico, pasti ripetuti e in piccole quantità ed una cura climatica di montagna. Due mesi dopo la paziente torna in condizioni peggiorate: digestioni laboriosissime ma non dolorose, gastrosucorrea notevole senza pirosi, vomiti di liquame debolmente acido, ma ricco di muco al mattino, debolezza generale, dima-

grimento notevole. Essa è costretta ad una dieta prevalentemente liquida di brodo, uova, latte, somatose. Inappetenza assoluta. Mestruazioni scarse, vampe di calore al viso frequenti, emotività spiccata. L'esame radiologico dimostra una notevole ectasia di tutto lo stomaco con motricità assai languida. Si consigliano cure elettriche, idroterapiche, massaggi addominali, diatermia. Ho rivista l'ammalata ancora un mese dopo: le turbe gastriche, per quanto lievemente migliorate in parte, si potevano ritenere complessivamente stazionarie. Si consiglia di proseguire la cura indicata.

Il miglioramento si è fatto in questi ultimi tempi, rapido e spiccato: l'A. digerisce bene qualunque cibo e gode completo stato di benessere. Il peso è risalito a kg. 62.

Caso II° - V. M. d'a. 38, setajola, da Treviglio: maritata, multipara, senza precedenti famigliari e remoti. Soggetto di costituzione fisica normale.

Stette bene fino a 4 anni fa, epoca in cui ammalò d'influenza (spagnola) a carattere prevalentemente gastro-enterico. Tutti i disturbi di cui soffrì attualmente l'ammalata iniziarono in tutto il loro complesso subito dopo la cessazione della malattia, che non fu di lunga durata: l'intensità loro andò aumentando in modo graduale e continuo. Senso molesto di ripienezza dello stomaco subito dopo i pasti, conati di vomito con nausea, digestioni laboriose e lente, borborigmi, timpanismo addominale, pulsazioni epigastriche penose, cardiopalmo. Nei primi tempi della malattia i disturbi gastrici erano prevalentemente caratterizzati da dolori diffusi a tutta la metà superiore sinistra dell'addome, con irradiazioni a cintura ed emitoraciche posteriori, insorgenti dopo i pasti e della durata di qualche ora con intensità variabile. L'insorgenza loro ora era precoce, ora tardiva, nè erano influenzati da alcuna cura interna o da speciale regime dietetico. L'A. risentiva solo un reale sollievo nel decubito orizzontale sul fianco destro. Questi dolori andarono scomparendo in seguito per non insorgere, in questi ultimi due anni, che saltuariamente e con assai minore intensità.

Dimagrimento progressivo notevole: il peso attuale raggiunge appena i 52 kg. Nessun altro cibo è tollerato all'infuori del latte e delle uova. Ogni cura medica è rimasta inefficace. Attualmente la donna è in uno stato di oligoemia spiccata e di denutrizione notevole. Gli esami radioscopici ripetuti dimostrano una ptosi verticale dello stomaco a carico del segmento piloro-duodenale; il cardias e la grossa tuberosità mantengono i loro rapporti fisiologici; la piccola curvatura nella sua porzione orizzontale affiora l'ombellico. Stomaco apparentemente allungato, tubulare, non ectasico: nella sua porzione prepilorica appare piegato ad ansa stretta. Motricità alquanto languida.

La paziente è tenuta in osservazione per 20 giorni, nel qual lasso di tempo vengono praticate cure ricostituenti intensive, neurotoniche ed opoterapiche, senza alcun risultato tangibile.

Operazione (7-IX) - Anestesia generale mista, con H. M. C. (Abbot) 1 + 1 e cloroformio. Laparotomia mediana sopra e sottombellicale. La ptosi gastrica è chiaramente manifesta solo nella posizione assai declive della paziente: lo stomaco appare in tal modo allungato e tubulare e la dislocazione interessa la sola porzione prepiloro-pilorica e il primo tratto del duodeno. Non si hanno segni di ectasia a carico di questo segmento dell'intestino. Il colon traverso conserva, rispetto allo stomaco, i suoi rapporti normali, ma è dilatato per soverchio contenuto di feci e gas.

Gastrostenoplastica verticale del 3° superiore dello stomaco e gastropessi.

Decorso postoperatorio ottimo sotto ogni rapporto. L'alimentazione normale viene definitivamente istituita verso il 12° giorno con perfetta tolleranza dei cibi e facile digestione. L'A. lascia l'ospedale il 18-X completamente guarita.

Due mesi dopo rivedo la paziente in ottime condizioni di salute e di nutrizione generale: essa lamenta solo un po' d'inappetenza. Le vengono consigliati eupeptici, pepsina e pancreatina. L'operata a tutt'oggi gode completo benessere, è aumentata notevolmente di peso ed attende con alacrità al proprio lavoro.

Caso III° - B. P. di a. 24, contadina, nubile, da Castel Rozzone. La madre morì in tarda età di neoplasia gastrica.

Soffrì una gastro-enterite due anni fa, della quale guarì bene dopo tre mesi di cure. Circa quattro mesi or sono, dopo un attacco influenzale di lieve entità, iniziarono d'emblée i disturbi di stomaco che, in misura più grave, tuttora l'ammalata presenta, vale a dire:

inappetenza, digestione ritardata e penosa, senso di peso opprimente all'epigastrio e di contrattura profonda molesta subito dopo l'ingestione dei cibi, dolori gastralgici intensi, non continui, accompagnati da conati di vomito e, talvolta, da eruttazioni. Questi ultimi sintomi non erano sempre in colleganza coi pasti. Dimagrimento progressivo e abbastanza rapido, stitichezza abituale. Ciò che attualmente dà un carattere saliente alla malattia sono le crisi dolorose nettamente a sede epigastrica. Esse insorgono senza causa apparente, talora dietro l'ingestione di una semplice bevanda, ogni giorno, attingendo nello spazio di 10-15 minuti primi una intensità tale da obbligare l'ammalata a letto, in posizione rannicchiata. I dolori irradiano a sinistra verso il profondo della cupula diaphragmatica e, in misura minore, anche a destra sotto il fegato. Si accompagnano a senso di bruciore gastrico, a conati di vomito penosi, eruttazioni acide; l'ingestione di qualunque bevanda o cibo è impossibile, provocando essi l'esacerbazione dei dolori e il vomito. Angoscia precardiaca e, qualche volta, raro singulto. Tale crisi sono poco influenzate dalla morfina; hanno la durata di circa un'ora, declinando rapidamente in intensità verso la fine e residuando un senso ottuso di visceralgia profonda. Qualche rara volta le crisi sono subentranti.

L'esame clinico dà i seguenti dati obiettivi più salienti: costituzione fisica robusta ed impalcatura scheletrica regolare. Masse muscolari addominali toniche ed assai valide. Denutrizione generale notevole. Pulsazioni aortiche visibili all'epigastrio il quale appare infossato e dolente alla palpazione profonda, specie all'angolo condro-sternale. L'indagine semejologica dimostra una ptosi gastrica di alto grado che l'esame radioscopico conferma nella varietà di ptosi gastrica verticale per dislocazione piloro-duodenale. L'ombra visibile dello stomaco è situata completamente a sinistra della colonna vertebrale: la porzione orizzontale descrive un'ansa ad U strettissima la quale arriva con la sua convessità quasi a livello del pube. Non si notano segmenti ectasici: all'infuori che all'antro pilorico lo stomaco è piccolo e tubulare; le onde peristaltiche sono accentuatissime specie in vicinanza della porzione orizzontale, ove sembrano produrre un vero gastrosposmo. L'A. è tenuta in osservazione 13 giorni ed assoggettata ad un regime d'ipernutrizione con nessun risultato apparente.

Operazione (2 - XII) - Anestesia generale con H. M. C. (Abbot) e cloroformio. Laparotomia sopra e sottoombelicale. Lo stomaco è allungato e ptosico nella sua porzione pre-piloro-pilorica; esso appare piccolo e nettamente tubulare così da rassomigliare ad una grossa ansa intestinale. Pareti ipertrofiche specie al vestibolo pilorico che è anche dilatato. Alla dislocazione partecipa la prima porzione del duodeno, la quale s'infilette in modo accentuato all'angolo epatico: essa pure presenta le pareti ispessite ed è nel contempo notevolmente ectasica. L'omento gastro-epatico è assai allungato e velamentoso.

Lo stomaco viene esteriorizzato quanto più è possibile fuori della ferita laparotomica e stirato verso il basso; il piccolo epiploon viene disteso quanto più è possibile con le dita, segmento per segmento. Non ostante la sua sottigliezza non ci riesce di individualizzare con chiarezza alcun filamento del pneumogastrico anteriore, tale indagine riesce, invece, pienamente sulla faccia anteriore dello stomaco e in vicinanza della piccola curvatura, in una zona corrispondente all'incirca all'unione del terzo medio col terzo inferiore dell'organo. La resezione viene limitata ai tre filamenti più grossi, disseccandoli pazientemente, ma con relativa facilità, quanto più è possibile verso l'alto, a partire dalle loro branche di divisione sulla parete anteriore dello stomaco, subito sotto la piccola curvatura. In essi ci sembra con tutta probabilità compresa — data la sua grossezza e la sua topografia — la branca che Larterjet chiama « nervo principale anteriore della piccola curvatura ». La resezione viene completata in alto mediante strappamento. Abbiamo notato subito dopo la sezione dei nervi una manifesta vasodilatazione e un parziale rilasciamento dell'organo a livello della sua porzione orizzontale sotto forma di un distendimento e di una diminuita tonicità della parete anteriore. Lo stomaco, quindi, rovesciato in alto e afferrato fra le dita viene sottoposto ad uno stiramento metodico nel senso della sua lunghezza e della sua larghezza. Gastroplicatura verticale al 3° superiore dello stomaco e gastropessi secondo la procedura solita, con la variante, però, che la porzione pilorica viene fissata largamente alla parete ventrale a livello dell'ombelico mentre il segmento superiore viene leggermente portato verso la linea mediana quivi fissato al peritoneo parietale con due larghe anse ad U.

Decorso postoperatorio ottimo: scomparsa definitiva ed immediata delle crisi gastralgiche.

L'alimentazione normale è ripresa in 12ª giornata ed è perfettamente tollerata. Il 23 - XII l'operata è dimessa dall'ospedale perfettamente guarita.

Essa venne esaminata una prima volta nell'aprile u. s. Dopo un periodo di 3 mesi e mezzo di completo benessere e di valida capacità al lavoro, erano iniziate turbe gastriche sotto forma di inappetenza e senso di nodo epigastrico dopo i pasti con digestione alquanto laboriosa. L'A. fu trovata in ottime condizioni generali di nutrizione. Venne prescritta una cura sintomatica, di eupeptici e di iniezioni tonico-nervose. I disturbi scomparvero in parte ad eccezione di una persistente inappetenza e di una modica dolenzia all'epigastrio, spontanea dopo ogni pasto. Con tali disturbi essa fu riveduta una seconda volta verso la fine di maggio u. s.: fu praticato un esame radioscopico. Lo stomaco si dimostrò dilatato in toto ma in grado modico, disposto come una grossa e larga virgola da sinistra a destra a partire dallo ipocondrio fino a due dita trasverse sotto l'ombellico, secondo un asse obliquo quasi rettilineo. Alla pressione, si nota modica dolorabilità profonda in vicinanza dell'apofisi ensiforme e sotto la 9ª costola a circa quattro dita trasverse dalla linea mediana. Pochi giorni (luglio 1922) or sono l'A. è tornata per sottoporsi ad un nuovo esame: le condizioni generali di nutrizione sono sempre ottime: la digestione avviene bene per qualunque cibo, ma persiste, lieve inappetenza, dolorabilità epigastrica e senso di spossatezza generale. L'A. accusa inoltre una molesta scialorrea di modica intensità al mattino a digiuno, che cessa con l'ingestione di cibi. L'A. attende però abitudinalmente ai lavori campestri ed afferma di non aver mai più avuto crisi gastralgiche. Essa continua con una cura nervoso-tonica.

Caso IVº - Z. T. d'a. 31, domestica, da Orzinuovi: donna nubile, con gentilizio immune. Soggetto dolioscheletrico, a torace allungato, imbutiforme.

Misure cirtometriche: a livello dell'apofisi ensiforme dello sterno = cm. 73; a livello delle false costole = cm. 62.

Fin da giovinetta fu sempre alquanto clorotica, ma stette sempre bene fino a tre anni or sono, epoca in cui, a seguito di un breve attacco d'influenza (spagnola) durata circa dieci giorni, insorse in modo rapido una sindrome conclamata di gastropatia avente ad esponenti più salienti i seguenti segni: dispepsia e inappetenza, senso di peso alla regione epigastrica ed ipocondriaca sinistra e di ripienezza molesta addominale specie dopo i pasti, digestioni laboriose e ritardate, eruttazioni acide. Accusava inoltre secchezza della pelle, cardiopalmo, vampi di calore al viso, facile febbre dopo ogni strapazzo fisico anche lieve. Fece cure climatiche di montagna per due anni: in quest'epoca si aggiunsero disturbi gastrici che il medico curante attribuì ad ulcera gastrica in atto (vomito dopo i pasti, talvolta striati di sangue, cefalea persistente ma non gastralgie caratteristiche) e che guarirono in breve con preparati a base di nitrato d'argento. I disturbi primi, però, continuarono invariati nel loro complesso e notevolmente cresciuti d'intensità. Da un anno, anzi, si sono aggiunte crisi dolorose localizzate all'epigastrio spontanee e non in dipendenza dei pasti, pressochè ribelli ad ogni terapia interna. Gradatamente queste crisi si son fatte assai frequenti, talvolta con carattere saltuariamente subentrante: esse insorgono tutti i giorni, spesso violenti al mattino a digiuno, nettamente ed esclusivamente localizzate alla regione epigastrica. Qualche sollievo l'A. trae dall'applicazione prolungata di borse di acqua calda. E' costante e continuo un penoso senso di dolenzia profonda ottusa a tutta la metà superiore dell'addome. La paziente non digerisce che a stento cibi liquidi e in piccola quantità per volta, da più di un anno sono scomparse le eruttazioni acide. L'osservazione clinica prolungata per più di un mese, di cui gli ultimi dieci giorni in ospedale, conferma la sindrome descritta: la malata è profondamente denutrita e soffre stitichezza abituale. E' in essa nettamente assente il riflesso oculo-cardiaco. A scopo d'indagine fu praticata un'iniezione endomuscolare di adrenalina tre giorni dopo la sua entrata in ospedale: la reazione fu rapida ed accentuatissima, con 230 di pressione allo sfigmomanometro del Pacini; tachicardia penosissima, brividi, tremori, ipertermia a 39.8.

L'esame radioscopico dà a vedere uno stomaco di medio volume allungato, tubulare e fortemente ptosico nella sua porzione prepiloro-pilorica. La figurazione dell'ombra è ad amo, con ansa stretta situata tutta a sinistra della colonna vertebrale. Ectasico è il fondo dello stomaco il quale forma un cul di sacco che sembra giacere sul fondo del piccolo bacino. La grande tuberosità è in rapporto col diaframma. Inerzia motoria.

Operazione (14 - IV). - Anestesia generale con Mas (Zambelletti) e cloroformio.

Laparotomia sopra e sottoombelicale. La ptosi interessa il segmento prepiloro pilorico e la prima porzione del duodeno. Ectasia del vestibolo e del fondo: piloro e duodeno sono per volume apparentemente normali. Lo stomaco è allungato in toto e tubulare nella sua porzione verticale, con pareti sottili: non si notano su di esse cicatrici visibili o, comunque, alterazioni dovute a processi infiammatori pregressi. Gastroplicatura verticale al terzo superiore dello stomaco e gastropessi *more solito*.

Decorso postoperatorio regolarissimo: la vititazione normale è ripresa verso il 15° giorno senza che l'A. ne risenta disturbo alcuno. Essa viene dimessa il 19 - V perfettamente guarita.

A tutt'oggi la guarigione persiste completa: l'operata è aumentata notevolmente di peso ed attende con profitto alle sue occupazioni giornaliere.

CASO V° - G. G. d'a. 28, contadino, da Treviglio. Gentilizio immune. Fu colpito nel 1916, durante la guerra, da gas asfissianti: l'A. afferma che da allora sofferse sempre di abbondante salivazione e di lievi bruciori di stomaco pur non essendo per nulla alterati l'appetito e la digestione. Nel settembre u. s., dopo una eccessiva libazione seguita, il giorno dopo, da indigestione durata tre giorni, scoppiarono in modo quasi tumultuario i disturbi gastrici di cui il paziente tuttora si lamenta: diminuzione dell'appetito, iperacidità gastrica e pirosi indipendentemente dai pasti, nausea, conati di vomito e senso di ripienezza eccessiva e penosissima all'epigastrio e all'ipocondrio di sinistra dopo i pasti, a circa due ore di distanza, senza che perciò l'addome si mostri visibilmente gonfio in qualche sua parte; digestione ritardata, brividi di freddo, debolezza generale. Stitichezza abituale. Il dimagrimento fu notevole tanto da raggiungere in pochi mesi i dieci chilogrammi. Non ebbe mai vomiti né dolori. Tutti questi disturbi non sono andati gran che aumentando d'intensità ma si sono fatti assai molesti per la loro pertinacia non ostante le svariate cure mediche esperite.

L'A. è individuo robusto, di costituzione scheletrica normale, con masse muscolari addominali toniche e valide. La diagnosi clinica di ptosi gastrica è accertata dall'esame radioscopico e specificata in ptosi verticale prepiloro-pilorica e duodenale. Lo stomaco è completamente situato nella metà sinistra dell'addome ed ha una figurazione di J, ad ansa assai stretta e breve. Nel complesso l'organo non appare ectasico in nessuna sua parte; è tubulare e il suo diametro trasverso sembra inferiore alla norma. Motricità normale. Il fondo dello stomaco è situato a tre dita trasverse sopra l'orizzontale pubica. Nessuna ptosi a carico di altri organi. Il paziente è tenuto per 14 giorni in osservazione nell'ospedale: è nel frattempo sottoposto a cure ricostituenti intensive.

Operazione (31 - V). - Anestesia generale con Mas (Zambelletti) e cloroformio.

Laparotomia mediana sopra e sottoombelicale. Stomaco tubuliforme, ipoplasico in apparenza. Pareti sottili. La dislocazione del piloro-duodeno è rilevabile anche per l'estrema mobilità di questo segmento, tale da consentirne una agevole esteriorizzazione attraverso la ferita laparotomica. Assai allungato e povero di grasso appare l'omento gastropatico. Gastropessi secondo la procedura abituale, senza gastroplicatura.

Decorso postoperatorio ottimo. Nei primi tre giorni l'A. accusa senso di lieve acidità gastrica e di nodo costringitivo all'epigastrio. La vititazione normale è concessa verso il 12° giorno: il paziente digerisce bene ma accusa ancora senso di ripienezza gastrica dopo il pasto, ma in misura molto più attenuata che non prima dell'atto operativo.

A tutt'oggi il Paz. è notevolmente aumentato di peso, digerisce ottimamente ed è quasi scomparso il senso di ripienezza gastrica dopo i pasti. Egli si lamenta di una scialorrea fastidiosa ma non copiosa al mattino a digiuno: tale disturbo vien fatto completamente cessare con l'introduzione di cibi nello stomaco.

CASO VII° - M. M. d'a. 29, civile, da Treviglio. - Fra le malattie pregresse si nota una scarlattina a 11 anni e una pleurite essudativa sinistra due anni or sono.

Fin dall'età infantile soffrì sempre disturbi gastro-enterici e in vario modo fu curata ma sempre con risultati scarsissimi ed effimeri. In modo speciale essa fu gastropatica, con anoressia, dispepsia, digestioni difficoltà e, a periodi, con fatti di mericismo vero e proprio.

Migliorò notevolmente, specie di quest'ultimo disturbo, dopo i 12 anni. Subito dopo l'attacco di pleurite sofferto due anni fa, lo squilibrio funzionale dello stomaco si manifestò in modo rapido e completo: senso di soverchia ripienezza gastrica subito dopo aver ingerito cibi anche in piccola quantità; crisi dolorose all'epigastrio di intensità variabile che insorgevano talora subito dopo aver mangiato, talvolta, invece, dopo circa due ore, nausea e conati di vomito, digestioni prolungate e laboriose. Ora a digiuno, ora a distanza dai pasti aveva frequentemente vomito di liquame limpido, schiumoso e acido, in forte quantità. Le crisi gastralgiche di cui la paziente soffriva, avevano la durata di qualche ora e lasciavano dietro di sé una sensazione particolare di vuoto e di spossatezza alla regione epigastrica, affanno e cardiopalmo assai molesto. Questa zona della parete addominale si mostrava altresì modicamente e diffusamente dolente alla pressione in modo permanente. Non notò mai vomito dei cibi ingeriti. Stitichezza abituale pronunciata. Tutti questi disturbi peggiorarono in modo grave nel maggio dello scorso anno in seguito ad un attacco d'influenza durato circa 15 giorni: l'assimilazione dei cibi si fece ancor più precaria e il dimagrimento, già notevole, aumentò in modo rapido e impressionante. L'A. diventò anche nevrastenica. Le svariate cure mediche fallirono completamente lo scopo: qualche lieve beneficio transitorio si ebbe dalla somministrazione di preparati opoterapici (paraganglina).

L'A. è di costituzione scheletrica nel complesso regolare: il torace è però del tipo longilineo, ristretto sotto la norma in tutti i suoi diametri. L'A. non portò mai busto. All'infuori dello stomaco nessun altro organo si rivela in ptosi.

Gli esami radioscopici mostrano uno stomaco assai allungato, *apparentemente* a clessidra, disposto ad J verticale compreso tutto nella metà sinistra dell'addome. La ptosi si compendia esclusivamente nel segmento piloro duodenale: la porzione più declive affiora l'orizzontale pubica. Non esiste gastrectasia; la motricità è quasi normale.

Operazione (- VI. - Narcosi mista con Mas (Zambelletti) e cloroformio. Laparotomia mediana sopra e sotto ombellicale; gastroplicatura e gastropessi secondo la procedura solita. All'apertura dell'addome e nella posizione orizzontale, la piccola curvatura dello stomaco scende a circa quattro dita trasverse sotto l'ombellico: le pareti sono ipertrofiche ed una piccola cicatrice fibrosa appena accennata si scorge situata vicino alla grande curvatura, in corrispondenza dell'antro pilorico. Il piloro e la 1^a porzione del duodeno sono assai mobili e dislocabili notevolmente verso il basso: anche le pareti di questo segmento duodenale appaiono ipertrofiche e il suo diametro trasverso notevolmente aumentato. Omenti sottili e quasi privi di grasso.

Ottimo fu il decorso postoperatorio: alimentazione liquida e semiliquida nei primi 15 giorni; normale in seguito. La digestione si effettua con somma facilità e senza dolore: il benessere oggettivo è completo. L'A. vien dimessa in sensibile aumento di peso dopo un mese circa dall'operazione. Notizie affatto recenti comprovano il felice esito dell'atto operativo sotto ogni rapporto.

* *

Se ancora non molti anni or sono sotto il riflesso delle idee assolutiste di Glénard il problema terapeutico della gastropnosi oscillava quasi esclusivamente fra le formole della medicina interna e le svariate applicazioni della ortopedia incurante, così da elevare a corollario il precetto che la gastropnosi come tale non potesse essere oggetto di cura chirurgica (Körte); oggi la maggior parte dei chirurghi è d'accordo nel ritenere come indicata la cura chirurgica in tutte le gastropnosi che, giunte allo scompenso funzionale, non trovano in una cura medica razionale un reale e sollecito beneficio. Ma se l'indicazione è diventata per questi casi formale anche là dove il lungo tempo trascorso può sembrare aver portato nella struttura anatomica dell'organo e nel sistema nervoso endocrino alterazioni irreparabili, ancor molto discussa risulta invece la procedura tecnica nella sua non larga varietà di metodi e di processi. Ogni autore ha dettato norme sue proprie e dalla traduzione pratica di ogni singola procedura ha tratto risultati brillanti e stabili, sia che la ptosi del viscere sia stata aggredita di fronte con il sollevamento di questo e la fissazione stabile in posto, diretta o indiretta, sia che l'ostacolo sia stato girato ed alla alterata od ostacolata funzione si

sia provveduto creando nuove vie di scarico che fossero atte se non a curare la dislocazione dell'organo in sè, almeno ad ovviare in parte alle conseguenze di essa, riguardanti specialmente l'alterata funzione motoria.

Sarebbe compito troppo gravoso e non consono con gl'intendimenti di questa nota passare minutamente in rassegna tutti i vari metodi e processi operatori con cui si è tentato risolvere il problema della cura chirurgica della gastroptosi: basterà qui rivederne a rapidi tratti i principali, vagliandone brevemente i singoli valori.

Gastroenterostomia. - Eseguita con ottimo risultato da Kammerer nel 1901 in un caso di gastroptosi con vomiti incoercibili, dove era riuscita inefficace una precedente plessia diretta alla faccia inferiore del fegato, essa fu proposta e raccomandata in modo speciale da Hammer e Walker nel 1903. Ripresa dal Mattioli nel 1905, fu nuovamente caldeggiata nel 1907 dal Nyrop, il quale di essa fece senz'altro l'operazione di elezione nella ptosi gastrica con ritenzione, dichiarandosi apertamente contrario alla gastroplessia ed incriminando questa di creare anzichè correggere il ristagno degli ingesti. Su 21 operati questo Autore ebbe 18 guarigioni complete.

La gastroenterostomia *da sola* non può *razionalmente* guarire tutti i disturbi che la gastroptosi con sè trascina: essa potrà evitare il ristagno dei cibi nei casi in cui la gastroptosi si associa a gastrectasia o a notevole ostacolo pilorico e riuscirà di notevole vantaggio là dove coesistono vomiti ribelli (Eve) e dolori. Secondo Derionjinski tale operazione agirebbe male sui fenomeni motori, in quanto che sussistendo pervio il piloro, questo continuerebbe a funzionare. Essa diventa irrazionale nelle gastroptosi essenziali senza concomitante notevole ectasia dell'organo. Il peso dell'ansa innestata può inoltre aggravare la ptosi e ciò specialmente quando lo stomaco ha pareti flaccide e atoniche. Mi sembra inoltre che la gastroenterostomia praticata in uno stomaco ptosico non previamente sollevato e fissato non sempre possa riuscire allo scopo, specialmente quando l'ansa impiegata è presa molto corta. Nella posizione eretta lo stomaco, se molto dislocato, deve forzatamente intrattenere stiramenti o angolature nell'ansa stomizzata non del tutto innocue. Ho avuto occasione di osservare non molto tempo fa una donna affetta da gastroptosi verticale e trattata un anno prima con gastroenterostomia di Toupet. Dopo alcuni mesi di un relativo benessere dovuto in gran parte ad un opportuno regime dietetico, i disturbi primitivi eran tornati più gravi, con fenomeni di occlusione intestinale intermittente che l'esame radiologico sembrava dover mettere a carico di angolature formantesi nell'ansa efferente durante la stazione eretta della paziente.

La gastro-enterostomia fu associata variamente nelle gastroptosi con l'esclusione e fissazione del piloro (Mariani) e con la gastroplicatio (Hartmann, Schiassi). Associata con la gastroplessia essa diventa operazione consigliabilissima nelle gastroptosi complicate con gastrectasia di alto grado o stenosi pilorica organica. Tansini l'ha applicata 12 volte in 14 casi, con esiti ottimi anche remoti: in un solo caso il paziente, operato in condizioni di emaciatazione profonda, venne a morte dopo otto giorni per marasma da completa inerzia dello stomaco.

La gastroenterostomia venne pure associata con la resezione del piloro. Questa operazione, proposta da Lambotte, fu attuata nel 1912 da Derioujnski in 7 casi di gastroptosi con gastrectasia: in tre di essi esisteva stenosi pilorica organica. La guarigione funzionale fu completa e persisteva ancora molti anni dopo l'operazione. Per quanto questo Autore non giudichi grave tale intervento operativo, esso tuttavia non può senza pericolo essere applicato correntemente in tutti i malati - e sono la maggioranza - che comunemente giungono al tavolo operativo: in condizioni, cioè, di profonda denutrizione e di debole resistenza organica, con sistema nervoso facilmente passibile di chok. Bastianelli ha, in casi di gastroptosi, praticato spesso la resezione di tutto il piloro con buoni risultati e consiglierebbe tale operazione quando esista un'indicazione vitale o quasi.

Resezione cuneiforme del segmento medio dello stomaco. - Proposta da Moro, venne raccomandata nel 1912 da Schlesinger ed effettuata con buon esito da Katsenstein mediante impianto del moncone pilorico sulla faccia posteriore del segmento cardiaco. Dopo 6 mesi l'ammalata era cresciuta di circa 12 libbre e lo svuotamento dello stomaco, che prima del-

l'atto operativo richiedeva 6 ore, si effettuava in 2 ore e $\frac{1}{4}$. La resezione, secondo Schlesinger, deve cadere più lontana che sia possibile dal piloro e comprendere una porzione di stomaco sufficientemente estesa perchè l'organo riprenda il suo aspetto e le sue dimensioni fisiologiche: viene in tal modo sacrificato quel segmento gastrico della porzione verticale che radiosopicamente non presenta (in posizione eretta) alcuna contrazione peristaltica e le di cui pareti si mostrano afflosciate e a contatto, quasi a formare un peduncolo inerte.

Pare che tale metodo operativo non sia stato seguito da alcun Autore data la gravità dell'operazione stessa, quantunque *teoricamente* esso sembri presentare reali vantaggi su altri metodi nei casi di gastropotosi accentuata, sia o non complicata con gastrectasia ed atonia. Schleisinger stesso non osò portare a termine un suo caso personale.

Gastropessia per sospensione con raccorciamento del legamento gastroepatico (e gastrofrenico). - Questo processo tentato per la prima volta da Kammerer nel 1900 senza che con esso riuscisse a mantenere sospeso lo stomaco (egli dovette fissarlo poi alla faccia inferiore del fegato) fu in seguito studiato e disciplinato da Stengel (1897-1899), da Bier (1897, 1902) e da Beyea (1903), il quale ultimo l'applicò con successo in 5 pazienti, Dessaye, Mayer, Eve adottarono pure questa procedura con qualche piccola variante.

Dopo aver ben divaricati i margini della ferita, spostato in alto il fegato e il margine costale, lo stomaco viene esteriorizzato e attirato fortemente in basso, in modo da distendere e mettere ben in luce il piccolo epiploon e il legamento gastro-frenico, ciò che facilmente si ottiene in stomaci ptosici. Alcune anse di seta - ordinariamente tre - vengono passate, una dopo l'altra attraverso le pagine di questi legamenti da destra a sinistra, vale a dire dal legamento epato-duodenale fino al cardias. Annodando i singoli capi delle anse si ottiene in tal modo una plicatura trasversale del legamento sospensore dello stomaco che ha per effetto il suo raccorciamento verticale e, di conseguenza, l'innalzamento dell'organo ptosico. Bier fissa in più il piloro al lobo sinistro del fegato, irrobustendo in tal modo la plessia ma infirmando, d'altra parte, alquanto il valore teorico del metodo il quale tiene a sua base essenziale il precetto di non creare aderenza fra lo stomaco e la parete o gli organi vicini onde non turbare il funzionamento normale del viscere. Anche Eve (1910) che pur si attiene in massima alla procedura descritta, non sempre ha ritenuto prudente plicare il solo epiploon, ed ha passato le anse dei fili anche nella sostanza epatica e nella parete anteriore dello stomaco ogni qualvolta il legamento gastro-epatico gli sembrò troppo debole. L'insufficienza della sola plicatura del piccolo omento come mezzo per la sospensione definitiva dello stomaco in ptosi costituisce appunto la critica principale che si muove al metodo (Montprofit, Derioujinski); e l'obbiezione ha realmente grande valore in quanto che tale legamento si trova nei gastropotosici sempre stirato ed allungato, divenuto insufficiente come mezzo di sospensione, spesso così esile ed impoverito di grasso da essere ridotto ad un sottile velo. I punti plicanti non potranno mantenere una presa sufficiente appena lo stomaco graverà in basso, specie se ripieno di cibo, oppure il piccolo epiploon già così lasso nella sua tessitura anatomica, di nuovo si lascerà allungare e distendere a poco a poco.

Gastropessia per sostegno mediante omentopessia (grande epiploon). - Coffey di Portland nel 1912 pubblicava un voluminoso lavoro sul trattamento della stasi gastro-intestinale e proponeva la sua « hammock operation », specialmente intesa a curare la ptosi dello stomaco, del fegato e del colon trasverso. Con tale metodo operativo assai complesso, egli cercava di realizzare quattro quesiti principali: 1° - *sospendere* lo stomaco e il fegato mediante plicatura (processo Beyea) e pessia del piccolo epiploon, accorciamento e pessia del legamento superiore del fegato; 2° - *sospendere* lo stomaco e *sollevare* il colon trasverso fissando largamente e per tutta la sua estensione l'inserzione del grande epiploon alla parete addominale secondo una linea trasversale (confezione dell'amaca); 3° - allargare lo stretto superiore dell'addome troppo angusto incidendo secondo una larga e lunga ellissi l'aponeurosi dei retti addominali da una parte e dall'altra, ribattendone i lembi e suturandoli sulla linea mediana; 4° - restringere lo stretto inferiore dell'addome troppo largo, incidendo ad ampio semicerchio a destra e a sinistra le aponeurosi dei grandi obliqui, scollandone i lembi e suturandoli uno sopra l'altro per emblicamento. Su 41 operazioni di questo genere l'Autore ha

avuto 26 guarigioni complete: in 4 operati che ebbe occasione di rioperare, poté constatare che l'*amaca* epiploica aveva perfettamente tenuto.

Il metodo con qualche variante fu seguito anche da Ransohoff (1912) (omentopessia nelle ptosi gastriche).

È evidente la complessità del metodo, che richiede troppo tempo e che perciò non è certo raccomandabile nei soggetti troppo deperiti: lo stesso Coffey ne riconosce la soverchia complessività ed aggiunge che esso non trova la sua indicazione che in uno stretto numero di malati. Anche volendo limitare l'operazione, nei casi di sola gastroptosi, alla semplice omentopessia indaginoso riescirebbe senza dubbio per un sol taglio laparotomico fissare « largamente in tutta la sua estensione e trasversalmente il grande epiploon alla parete addominale anteriore », senza pensare poi che tale mezzo di sostegno ben poco affidamento darebbe in quei casi in cui l'epiploon si presenta esile e fragile, ed al quale, non ostante i numerosi punti di sutura, dovrebbe rimanere sospeso anche il colon trasverso dove la massa fecale suole ristagnare a lungo.

Gastropessia per sospensione diretta diaframmatica. - In due casi di dilatazione e dislocazione verticale dello stomaco, Hartmann (1898), con quattro anse di fili praticò la plicatura orizzontale dell'antro pilorico ectasico e i capi dei singoli fili mantenuti lunghi, furono passati attraverso il peritoneo parietale e l'aponeurosi sovrastante e fissati infine dietro la faccia profonda delle costole di *sinistra*, attraverso le inserzioni del diaframma. Si ebbe un miglioramento considerevole nella digestione e l'aumento di 12 Kg. e $\frac{1}{2}$ in cinque mesi.

Questo processo basato sull'esperienza di due soli casi, non seguiti che a pochi mesi di distanza dall'atto operativo non mi sembra del tutto razionale per ciò che riguarda la posizione che in definitiva per esso viene ad assumere lo stomaco. La fissazione stabile a sinistra del vestibolo pilorico alle inserzioni costali del diaframma, crea una gomitura accentuata dello stomaco nella sua porzione mediana, a livello della quale verrebbe a costituirsi, nella posizione eretta, una specie di bassofondo il quale sarebbe particolarmente esposto all'ectasia secondaria.

Gastropessia per fissazione diretta al peritoneo parietale. - È il classico procedimento di Duret, il quale l'esegui nel 1895 in una malata affetta da gastroptosi di alto grado. Nel taglio laparotomico questo Autore metteva a nudo il peritoneo parietale aprendolo solo nella metà inferiore e lasciando quindi per un'estensione di 8-10 cm. una falda di peritoneo intatta, a mo' di velario. A questo egli fissava la parete anteriore dello stomaco (metà inferiore, piloro compreso) in vicinanza della sua piccola curvatura e in senso orizzontale mediante una o due serie continue di anse di filo disposte ad U. La paziente operata guarì: essa venne a morte per una malattia cardiaca qualche anno dopo senza aver più presentato disturbi gastrici.

Le Dentu ha teoricamente messo in dubbio l'efficacia definitiva di questo metodo, ed invero le aderenze create fra lo stomaco e il solo peritoneo parietale non possono essere soverchiamente resistenti specie se si creano solo per breve altezza. Come vedremo in seguito tale obiezione non ha però un valore assoluto, mentre, da un altro punto di vista, ha, secondo molti autori, maggiore importanza quella che muove appunto al metodo per la fissazione parietale del piloro.

Gastropessia per fissazione diretta a tutta la parete anteriore dell'addome. - Duret nella descrizione del suo processo non solo raccomandava di applicare eventualmente una seconda serie di punti ad ansa sotto alla prima, ma anche di attraversare coi fili oltre che peritoneo anche le aponeurosi e i muscoli della parete addominale allo scopo di rendere più robusta e sicura la fissazione dello stomaco, specie in quei casi in cui il peritoneo si mostra abnormemente sottile.

Rovsing (1898) riprese e sviluppò la procedura del Duret in modo da ottenere col suo processo una più estesa e valida fissazione dello stomaco alla parete anteriore dell'addome pur lasciando libera la porzione pilorica. Questo Autore sviluppa il suo processo applicando, in un primo modo, le anse fissatrici di filo in senso verticale, vale a dire perpendicolare alla piccola curvatura; nella seconda maniera applicandole, invece, in senso orizzontale. Quest'ul-

tima modalità è la più conosciuta e la più seguita: il peritoneo parietale non viene inciso, nel taglio laparotomico, nei 4 cm. superiori corrispondenti alla ferita cutanea. Tre ordini di fili di seta sono passati trasversalmente, uno sotto l'altro, nella parete anteriore dello stomaco e interessano la sierosa e la muscolare: la prima ansa è posta direttamente sotto la piccola curvatura, la 2^a due centimetri più sotto, la 3^a è a tre centimetri sopra la grande curvatura. La parete gastrica e il peritoneo parietale vengono scarificate con un ago negli spazi intercorrenti fra una sutura e l'altra e i capi dei fili attraversano tutta la parete addominale, dalla profondità verso la superficie, per essere annodati esternamente sopra rotoli di garza.

In questo processo è raccomandabile, per non indurre accartocciamenti della parete gastrica una volta suturata la ferita laparotomica, di far attraversare ai fili la parete addominale in punti esattamente corrispondenti agli estremi delle suture dello stomaco, in modo che nella chiusura dell'addome questi resti accollati in superficie distesa al peritoneo parietale e l'adesione sia in tal modo più uniforme, più ampia e più solida.

Non ostante le critiche mosse al processo di Rovsing, questo fu adottato da molti Autori e, complessivamente, con ottimi risultati (Rovsing, Gaston Lorrance, Kraft, Douglas Bissel, Tansini, Noever, ecc.): Rovsing da solo fino al 1910 riportava una statistica di 200 casi operati. La tecnica seguita da Allsberg in un caso riferito nel 1909 da Weiss e descritto come processo proprio di quell'Autore mi sembra essere perfettamente identica a quella descritta dal Rovsing.

Particolari accorgimenti e speciali cautele sono raccomandati da vari autori che adottarono il processo di Rovsing. Douglas Bissel in 10 casi personali associò convenientemente e costantemente i due processi del Rovsing (anse orizzontali ed anse verticali): egli consiglia l'insufflazione completa dello stomaco dall'esofago, dopo esteriorizzazione dell'organo, onde facilitare il passaggio dei fili fissatori attraverso la parete gastrica — manovra certamente non pratica nè scevra di pericoli, che inoltre non mi sembra del tutto corrispondere ai postulati d'utilità formulati dall'A. —, e raccomanda di non eccedere, nella fissazione, una zona di parete gastrica superiore ai cm. 7×4 onde non compromettere troppo la motilità e la mobilità dell'organo. Ritene di rado necessario praticare una colonpessia del trasverso, ma, al contrario, giudica indispensabile l'epatopessi per mezzo della fissazione alta del legamento rotondo ogni qualvolta coesista ptosi del fegato, e ciò per impedire che il fegato gravi sullo stomaco risollevato. Lo stomaco deve inoltre esser fissato ad una altezza tale che il suo margine inferiore e superiore sieno in definitiva situati rispettivamente a 3-4 cm. e a 8-9 cm. sopra l'ombellico. Quando coesiste epatoptosi, queste misure saranno necessariamente diminuite di qualche centimetro.

Kraft riduce notevolmente l'estensione della zona gastrica di adesione: le tre serie di fili sono situati orizzontalmente assai vicino alla piccola curvatura e ad una distanza massima di un centimetro una dall'altra. I capi dei fili attraversano la parete addominale in tutta vicinanza dell'angolo superiore della ferita. I vantaggi sarebbero dati dalla breve estensione delle aderenze e dal fatto che in corrispondenza della zona interessata i movimenti normali dello stomaco sono assai limitati.

Noever consiglia di completare il processo di Rovsing con una gastro-enterostomia posteriore: Tansini ha seguito questa procedura in un suo caso con ottimo risultato.

Furono mosse al processo di Duret e di Rovsing acerbe critiche: specialmente tali processi furono incolpati per le aderenze che lo stomaco viene a contrarre con la parete anteriore dell'addome, e per l'influenza dannosa, quindi, che esse eserciterebbero in ispecial modo sulla funzione motrice dell'organo. L'obiezione ha più valore teorico che reale per ciò che riguarda la buona funzione motrice dello stomaco, in quanto che i risultati pratici danno a vedere che esso mirabilmente si può *adattare* alla sua nuova posizione senza per questo che la sua funzionalità resti così turbata da indurre motivo di sofferenza. L'esperienza ha anzi dimostrato (Rovsing, Noever) che i risultati sono meno buoni nella pessa diretta quando il piloro vien lasciato libero che non quando è esso pure fissato alla parete addominale. Mi sembra invece che l'obiezione avrebbe maggior valore quando essa venisse riferita agli esiti lontani possibili della pessa diretta: lo stomaco viene a trovarsi costretto ad un abnorme lavoro di peristalsi la quale si svolge essenzialmente nella parete posteriore rimasta

libera: in certo qual modo l'onda di contrazione si eccentricizza inducendo sopra una sola porzione dello stomaco un sopracarico di lavoro non sempre a lungo tollerato quando specialmente la tonicità dell'organo si trovava già compromessa. L'ectasia gastrica (parete posteriore) che in alcuni miei casi operati ho potuto constatare già a pochi mesi di distanza dall'atto operativo potrebbe ben riconoscere un tale momento causale. Sotto questo punto di vista la gastro-enterostomia complementare potrebbe trovare utile indicazione.

La fissazione dello stomaco alla Rovsing non sempre riesce agevole: nei soggetti a torace stretto e fortemente allungato si può essere costretti, per ben distendere lo stomaco, a passare i fili attraverso agli spazi intercostali — come occorre al Noever in un suo caso —; inoltre uno stomaco soverchiamente allungato potrebbe subire, nella pessia originale del Rovsing, inflessioni dannose per la sua motilità e la circolazione sanguigna.

La procedura tecnica che io seguii nei miei casi fu la seguente:

Laparotomia mediana dall'apofisi ensiforme a due dita trasverse sotto l'ombellico. Divaricati i margini della ferita, il letto operatorio viene disposto in posizione fortemente declive (inversa alla Trendelenburg) allo scopo di controllare *de visu* la situazione dello stomaco secondo l'orientamento che approssimativamente ha nella posizione eretta del soggetto. Rimesso quindi il tavolo in posizione orizzontale, lo stomaco viene quanto più si può esteriorizzato ed esaminato metodicamente in un con la prima porzione del duodeno. Dopo averlo riposto e dopo aver ben disteso il grande epiploon l'organo viene fissato alla parete addominale in alto, in corrispondenza dei due terzi superiori dell'incisione e secondo un asse modicamente obliquo in basso e a destra (piloro declive). E cioè:

Procedo innanzi tutto ad una o due larghe plicature *verticali* della parete anteriore e per tutta la sua larghezza (dalla piccola alla grande curvatura) fatte nella metà superiore dello stomaco e a livello del margine sinistro della ferita laparotomica fortemente retratto da divaricatori, a circa quattro dita, insomma, sopra la zona di stomaco che, nella posizione orizzontale, è intersecata dalla linea xifo-ombellicale. Tale plicatura non solo ha lo scopo di rimpicciolire la cavità dell'organo, ma, specialmente, di *portare in alto il piloro* indirettamente mediante il raccorciamento della parete anteriore che la stenoplastica determina. Attribuisco alla plicatura un'importanza non trascurabile: Ransohoff pensa ugualmente che essa a torto è stata abbandonata dalla maggior parte dei chirurghi negli interventi per ptosi gastrica.

I singoli capi delle anse gastroplicanti vengono lasciati lunghi e fissati rispettivamente in basso al margine sinistro della ferita laparotomica, in alto all'angolo superiore di questa e, possibilmente, anche al diaframma nelle sue inserzioni retrocostali. I fili attraversano tutta la parete addominale ad eccezione della cute e vengono annodati sotto di questa previo scollamento di essa per un certo tratto. La porzione orizzontale dello stomaco viene sospesa mediante due altre anse di seta, disposte ad U orizzontalmente, di cui una comprende l'antra pilorico: le anse abbracciano ciascuna 3-4 cm. di parete gastrica (mucosa esclusa), sono situate in tutta vicinanza della piccola curvatura e fissate alla parete addominale in modo che il segmento pilorico conservi una posizione leggermente declive a destra. Da ultimo due o tre punti semplici in seta fissano ai due labbri della ferita laparotomica la radice del grande omento.

Nei casi da me operati, la gastropessi fu eseguita quasi sempre con questo semplice procedimento: non ho praticata la plicatura nel primo caso; le anse fissatrici furono qui, inoltre, disposte parte in senso perpendicolare (le due superiori) alla piccola curvatura, parte (2) in senso orizzontale ma senza interessare l'antra pilorico. Comunque, ho cercato sempre di realizzare una salda e larga fissazione dell'organo ptosico. Comunque, ho cercato sempre dell'ostacolo che in tal modo si veniva creando alla sua normale motilità e motricità, in modo che l'adesione diretta alla parete addominale venisse coadiuvata, facilitata e resa più sicura in prosieguo di tempo mediante anse di sospensione (al diaframma) e punti di sostegno (radice del grande omento). Parmi che troppo aleatorio sarebbe stato limitare la pessia alla misura strettamente necessaria con la presunzione di ristabilire e mantenere in definitiva l'ortotesi del viscere in questi miei casi in cui la ptosi era essenzialmente e con tutta probabilità dovuta a malformazioni congenite di organo e di impalcatura scheletrica: il rinsaldamento dei mezzi naturali di sostegno anche dopo di averli messi opportunamente e nel

modo migliore a riposo dopo il sollevamento dell'organo non avrebbe potuto raggiungere la misura sufficiente come in altri casi è concesso di attendersi.

Preoccupato della possibilità di insorgenza di una gastrectasia secondaria a seguito di gastropessia con fissazione larga e diretta dello stomaco alla parete addominale specie in organo già compromesso nelle sue tonicità, e allo scopo di ottenere una pessia che pure riuscendo anche in definitiva valida, fosse compatibile il più largamente possibile con la normale libertà funzionale dello stomaco, ho esperito sul cadavere la seguente procedura, che qui riassumo brevemente ripromettendomi di applicarla e di adattarla sul vivente in quei casi di gastroptosi primaria che potranno essere oggetto di cura chirurgica.

I. - Laparotomia sopra e sottombellicale mediana; esteriorizzazione ed esame metodico dello stomaco, del duodeno e degli organi vicini (fegato e colon). Lo stomaco viene quindi risposto in cavità e il grande epiploon esattamente disteso sopra le anse intestinali.

II. - Dissezione della cute per una sufficiente ampiezza sull'uno e sull'altro margine dell'incisione laparotomica e confezione per dissecazione di due lembi rettangolari aponeurotici (aponeurosi anteriore dei retti addominali) a peduncolo superiore corrispondente all'estremo sternale dell'incisione, della larghezza di due dita trasverse e lunghi quanto i due terzi superiori dell'incisione addominale.

III. - Gastroplicatura della porzione verticale della parete anteriore dello stomaco, secondo una direzione perpendicolare alle due curvature (gestropicatio verticale): lo stomaco si raccorcia e il piloro viene così portato in alto e alquanto in avanti.

IV. - Trasporto, senza torsione sul peduncolo, dei due lembi aponeurotici sulla parete anteriore dello stomaco innalzato, in modo che essi vengano a cadere, incrociandosi sulla linea mediana, sulla porzione pilorica e sul bassofondo dello stomaco. Fissazione di essi alla parete gastrica mediante punti staccati in seta fine, non perforanti e disposti sui margini dei lembi alla distanza di due centimetri uno dall'altro. Allo scopo di rendere più intima l'adesione definitiva dei lembi alla parete dello stomaco, questa potrà essere scalfità con la punta sottile di un termocauterio per quel tratto di superficie che dovrà esser posta a contatto coi lembi stessi. L'innalzamento dello stomaco viene opportunamente ottenuto e mantenuto durante le manovre operative con una adeguata inclinazione del letto operatorio alla Trendelenburg.

V. - Fissazione con qualche punto staccato in seta, non perforante, dell'estremo margine della piccola curvatura ai piani profondi della parete addominale anteriore per quel tratto che essa limita la porzione orizzontale dello stomaco. Mi sembra opportuno, per non creare inflessioni dello stomaco dopo chiusura dell'addome, che siano prima applicati i punti estremi di fissazione, divaricando ampiamente i margini della ferita laparotomica e disponendo ben distesa la porzione orizzontale dello stomaco. Se il bassofondo dello stomaco è ectasico in alto grado, potrà essere con utilità disposta a suo livello una gastroplicatura orizzontale.

VI. - Chiusura della parete addominale con duplice sutura: siero-muscolare e cutanea; o anche triplice qualora, per flaccidità della parete dell'addome, i margini delle aponeurosi recitate possano di nuovo essere tirati a contatto.

* * *

La gastropessia nella sua efficacia terapeutica sulle gastroptosi in scompenso funzionale è stata, a prescindere dai vari metodi e processi impiegati, combattuta o guardata con diffidenza da alcuni Autori (Kausch, Schiassi, Bastianelli, etc.) consigliata e difesa da molti altri, fra i quali primo il Rovsing sulla base del materiale assai ricco da lui pubblicato. Non sempre vagliati con serenità ed obiettività furono i risultati conseguiti da una cosiffatta terapia chirurgica, poichè non sempre venne tenuto nella debita considerazione la precedente durata della malattia, la concomitanza o meno di altre malattie dello stomaco all'infuori della ptosi (gastrectasia accentuata, stenosi pilorica) e degli organi vicini, l'impiego contemporaneo di altre operazioni sussidiarie oltre la semplice pessia (gastroenterostomia, etc.).

Nell'impossibilità di avere sott'occhio *in estenso* un adeguato numero di casi pubblicati dai vari Autori, inopportuno sarebbe discutere con presunzione di esattezza e di lar-

ghezza un tale argomento, così che mi è giuoco forza esporre al proposito qualche breve riflessione derivata da un esiguo numero di casi personali, argomentandole inoltre sopra esiti non remoti.

Mi ha colpito innanzi tutto, nel decorso postoperatorio di questi miei Pazienti, la spiccata rapidità con la quale venivano a scomparire i disturbi gastrici, in ispecial modo il sintoma dolore e i fenomeni dispeptici. Già a due, tre giorni di distanza dall'atto operativo con meraviglia dei pazienti stessi i cibi ingeriti, sia pure sotto forma liquida o semiliquida, che per lo innanzi erano mal tollerati, erano digeriti perfettamente, senza dolori, senza nausea, senza vomiti, nè era avvertita quella speciale, sgradevole sensazione di ristagno entro la sacca stomacale. In un solo caso (VI^a) persistette molesta, per breve tempo quantunque non accentuata come avanti l'operazione, la sensazione di gonfiezza all'epigastrio e agli ipocondri. L'appetito tornava nello stesso modo rapido: alcuni ammalati *sentivano la fame* già nei primi giorni e insistentemente chiedevano che questo loro bisogno venisse in congrua misura soddisfatto. Non mi sembra illogico richiamare e mettere a confronto il momento etiogenetico del rapido squilibrio funzionale che una causa banale aveva indotto in questi gastroplosici con quello che, del pari con tutta probabilità, deve riconoscersi a capo di questi rapidi e benefici risultati: il fattore endocrino-simpatico deve anche qui invocarsi come *primum movens* se vogliamo trovare una chiara spiegazione del come le funzioni gastriche, da lungo tempo percorse e defedate nella loro efficienza, improvvisamente, direi quasi, sapiano ritrovare il loro normale equilibrio. Sollevare il viscere ptosico non significa soltanto ristabilire il suo orientamento topografico e la sua efficienza motoria con l'abolire gli ostacoli meccanici indotti dall'abnorme posizione, ma ben più significa toglier di mezzo stiramenti e compressioni su nervi e plessi nervosi, ristabilire una circolazione sanguigna fisiologica, stimolare o correggere, sia pure inconsciamente, con trazioni, strappo di filamenti, etc., lo stato di tonia del simpatico addominale e, di conseguenza, degli elementi a secrezione interna. Parlavecchio ha ben accennato, insistendovi, a tutti questi fatti. Io credo veramente che in buona parte la guarigione dei disturbi funzionali in stomaci ptosici assoggettati ad intervento chirurgico debba ascriversi al fattore simpatico-endocrino, ed a questo proposito, come dimostrazione d'eccezione, devo ancora ricordare il caso riportato (oss. V) al principio di questa nota, in cui la semplice laparotomia esplorativa seguita dalle manovre di esplorazione dei visceri bastò a far scomparire gl'imponenti disturbi che da un mese tormentavano la paziente. Sulla guida di queste conoscenze e dei risultati direttamente derivati dall'esperienza pratica parmi che non possa esser accettata l'affermazione di Hirschfeld, secondo cui « assai di rado può venire in discussione il trattamento chirurgico della gastroplosi, in primo luogo perchè il perdurare dei fenomeni malgrado un trattamento scrupoloso, ha per lo più la sua base in un disturbo del sistema nervoso ».

Naturalmente, come ben dice il Parlavecchio, la precocità dell'intervento costituisce, fra gli altri, uno dei più importanti elementi di successo, quantunque anche nei casi a lungo trascurati - come in alcuni dei miei - esso sia in grado di apportare benefici immediati. L'intervento, perciò, deve essere sempre consigliabile anche in quei pazienti che da anni trascinano le loro sofferenze fra l'empirismo delle cure più incongrue e nei quali è presumibile che le turbe ormonico-simpatiche e nevrotiche abbiano assunto « personalità patologica propria, automatizzandosi dalla affezione causale (Parlavecchio) ». Nella peggiore delle ipotesi in tali malati con un atto operativo pressoché innocuo si saranno raggiunte, se non altro, le condizioni migliori (ortotesi del viscere ptosico) perchè secondariamente la funzione del viscere possa essere meglio influenzata da una qualsiasi cura interna che opportunamente si vorrà istituire o continuare. Ma ciò non ostante mi sembra di poter dire sulla base dei risultati ottenuti in primo tempo nei miei operati, dei quali alcuni da molti anni sofferenti per ptosi gastrica e ridotti in uno stato di profondo defedamento, che la plessia in tutti i casi ha portato risultati inaspettati traducendosi nel ristabilimento perfetto delle funzioni digerenti, nell'aumento notevolissimo di peso, nella sensazione di completo benessere. Per nessuno di essi si ebbe il benchè minimo risentimento soggettivo derivante dalla fissazione dello stomaco alla parete addominale e, quindi, dalla sua ostacolata mobilità e motricità: solo nel primo caso si ebbero, ma solamente nei primissimi giorni dopo l'operazione, crisi dolorose a tipo crampiforme all'epigastrio dopo l'ingestione di cibi liquidi. In due casi (III e IV) si

ebbe come postuma tardivo - rispettivamente otto mesi e due mesi dopo l'operazione - l'insorgenza di una scialorrea di modica intensità al mattino, senza che per essa le funzioni digestive subissero alterazioni apprezzabili. Tale scialorrea scompariva con l'ingestione di cibi. Essa si mostrò influenzabile in bene con la somministrazione di preparati di belladonna. Un altro fatto tardivo, e di cui già ho fatto cenno, fu la gastrectasia. Io l'ho rilevata nel 1° e 3° caso all'esame radioscopico. Un rilievo simile venne pure fatto da Noever in una sua malata di ptosi gastrica grave e operata di gastropessi (sec. Rovsing) un mese prima: egli suppose che la gastrectasia fosse apparente e si dovesse imputare alla caduta in basso della parete posteriore dello stomaco, « *distesa e flaccida* » sotto il peso del pasto di bario fatto ingerire per l'esame radiologico.

In nessun caso mai si ebbe il ritorno dei dolori gastrici che prima dell'operazione i singoli pazienti accusavano costantemente presenti dopo l'ingestione dei cibi: anche nella prima operata, dove lo stomaco era ricaduto per qualche tempo in sofferenza, nessun fatto gastralgico s'è riaffacciato.

Concludere su risultati definitivi nei miei operati non è possibile dato il non lungo tempo complessivamente trascorso dall'atto operativo. Gli ottimi risultati ottenuti nel complesso dei casi in un primo tempo possono tuttavia essere ritenuti di buon affidamento. E questo è tanto più sperabile in quanto che il trattamento chirurgico si è svolto sopra un organo non soverchiamente compromesso anatomicamente e direttamente in casi di ptosi isolata senza grave risentimento di organi vicini e là dove fra la sintomatologia soggettiva accusata dal malato e il reperto obbiettivo della ptosi del viscere esisteva un rapporto certo e chiaro di causa ad effetto.

Treviglio, luglio 1922.

Addison — Abdomin. Viscera — *Man. J. of Anat.* - 1889.

Antoine — Etiologie et pathogenie des ptoses viscerales; leur traitement chirurgical — Thèse de Bordeaux - 1904.

Backman — Om gastroptos: definition, metodik, frekvens, symptomatologi — *Finska läkaresäl.* — *Handligar (Helsingfors)* - t. LV - N.º 10 - 1913.

Benjamin — Chronic dilatation ad. prolapse of the stomach — *New York Medic. Journ.* - 1909 - t. LXXXIX - N.º 13.

Bergmann - Bruns. — Trattato di chirurgia pratica — Vol. 3 - Soc. editrice Libreria Milanese - 1909.

H. Beyea — The elevation of the stomach in gastroptosis by the surgical plication of the gastrohepatic and gastrophrenic ligaments: an original operation — *Philad. Med. j.* - 1903 - 7 Febbraio.

Beyea — Surgical elevation of the stomach in gastroptosis by suture of the gastrohepatic omentum. A further report of result — *The I. of the amer. medic. Ass.* - 1910 - LIV - N.º 10.

Bial — Verb. d. Congr. f. innere Med. - 1897 pag. 521.

Bier (Greifswald) — Gastroptose — *Deutsche Ztschr. f. Chir.* - 1900 - Bd. LVI pag. 374.

Blad — Om enteroptose: an patologisk, anatomisk — *Klinisk studie* - Copenhague - 1903.

Binnie — Operative surgery — Vol. I - Philadelphia - Blakiston's ed. 1909.

Blecher — Beitrag zur chir. Behandl der Enteroptose — *Deutsche Zeitschr f. Chir.* - Vol. LVI - 1900.

Boas — Diagnose und Therap. der Magenkr. (bibliografia fino al 1897) - Leipzig, Thieme, 4ª edit. 1897.

Bollinger — Atlas u. Grudriss d. path. Anat. - I. pag. 193 2. Aufl. München 1901.

Bonninger — Die Gastroptose und ihre Entstehung — *Berl. Klin. Woch t.* XLVII - N.º 10 - 1910.

E. Borchers — Partecipazione del nervo vago all'innervazione motoria dello stomaco in riguardo alla terapia operativa delle affezioni gastriche (Beiträge Z. Klin. Chir. Bd. 122 III - 1921) riassunto in *Archivio Italiano di Chirurgia - Bibliografia Vol. IV - N.º 1 - Ottobre 1921.*

Borgbjörg — Die Wirkungen einer binde bei der gastroptose — Eine klinischröntgenologische Studie - *Arch. für Verdauungskrank* - t. XVIII - f. 4 - 1912.

Boudet — Présentation de schémas radioscopiques dans des cas de ptose de l'estomac - *Montpellier Médic.* - An LV, t. XXXIV - N.º 26 - 1912.

Brohé — Exclusion du pylore et gastropexie — *Annales de la Soc. Belge de chir.* - N.º 4 - 1921.

Brown — The gastric contents in Gastroptosis — *New-York medic. Journal* - t. XCIV - N.º 12 - 1911.

Cavazza — Sulla gastroptosi: radiologia e terapia — *Il Policlinico (sez. pratica)* - t. XXVIII - N.º 1 - 1921.

F. Cavazza — Alcune considerazioni sulla gastroptosi — *Congr. di Medic. Inter.* in Genova - Ottobre 1914.

Bossi — La galvanizzazione dei vaghi nelle neurosi gastriche. - *L'idrologia, climatologia, e terapia fisica.* — 1914 - N.º 10.

Cerné et Delaforge — La radioscopie clinique de l'estomac — Paris 1898.

Chase — Recents observations on the influence of the position of the stomach on certain aspects of gastropotosis — The journal. of the americ. medic. Association - t. LX - N.° 6 - 1913.

Coffey — Trattamento della stasi gastro-intestinale — Surgery, Ginecology and Obstetrics - t. XV, N.° 4 - 1912.

Coffey, R. C. — Gastropexi; a method of suspending the stomach in a hammock made of the great omentum. (Philadelphia Med. Journal - Ottobre 1902).

Cohnheim — Chirurgische Nebergriiffe bei der Behandlung der Gastropotose und ihre Abwehr — Deutsche Aertze Ztg. - N.° 13-14 1893.

Colanéri — Qu'entend-on par ptose gastrique ou intestinale? — Bull. et mém. de la Soc. de Radiol. médic. de Paris - t. III - N.° 26 1911.

XXVIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia. — *Donati e Parlavacchio*, relat. — Ptosì gastro-intestinali — 25-27 Ottobre 1921.

Coste — Zur Therapie der Gastropotose — Langenbecks - Arch. f. Klin. Chir. - Bd. LXXI, H 3, 1903 pag. 664-675.

Curtis — The surgical treatment of simple dilatation of the stomach and of gastropotosis — Med. Times. N. Y. 1900 XXVIII, 173-174.

Cséry — Wiener med. Wochenschr. - 1901 - N.° 28.

Davis — Gastropotosis — Western Med. Review. - Ottobre 1897 pag. 291.

D'Agostino — Chirurgia dello stomaco — Tesi di lib. doc. - Galeati ed. - Imola 1920.

Davison — Occlusione intermittente da gastropotosi — Surgery, Gynec. and Obstetr. - t. XXXII - N.° 2 - 1921.

Derioujinski — Ueber die chirug. Behandl. der mit Erweiterung einergehenden Ptosìs des Magens — Chirourguia (Mosca). - t. XXXI - N.° 183 - 1912 et Arch. f. Klin. Chir. - t. XCVIII, f. 3 - 1912.

Dennig — Württembergisches med. Corresp. - 1903, N.° 18.

Dentu — Rapport sur une communication de Duret concernant la gastropexie — Bull. de l'Accad. Méd. de Paris - 19 Marzo 1895.

Depage, Rouffart, Meyer — La chirurgie des ptoses viscérales — Journal de chir. et Annales de la Soc. Belge de Chir. - Anno IV - N.° 6 - Settembre 1904.

Borghjårg — Die Wirkungen einer binde bei der gastropotose — Eine klinischröntgenologische Studie - Arch. für Verdanngs-krank - t. XVIII - f. 4 - 1912.

Desternes — Les variations dans la forme et la situation de l'estomac etc. etc. — Bull. et mém. de la Soc. de Radiol. méd. de Paris - t. III - N.° 26 - 1911.

Dice — A plaster support for Gastropotosis — The Journal of the Americ. medic. Association - t. LVII - N.° 14 - 1911.

Bisque — Über atonie und gastrophotose - Medizin. Klinik - t. IX - N. 5 - 1913.

Donati — Chirurgia dell'addome — Unione tipografica edit. Torinese - 1914.

Donati e Alzona — Le stenosi ileocoliche di posizione — Archiv. Ital. di Chirurgia - Vol. III, fasc. 1 2.

Doren Young — Gastropotose — Acad. medic. New-York - 25 Gennaio 1913.

Douglas Bissell — Gastropexie — The Americ. Journ. of Obstetr. and Diseas. of Women and Children - t. LXXIX - N.° 5 - 1919.

Ducatte — Les ptoses du gros intestin et leurs complications chirurgicales — Etude anatomique et critique - Thèse de Paris - 1899.

Durand et Raulot-Lapointe — La contention des ptoses de l'estomac — Bull. et mém. de la Soc. Médic. des hôpitaux de Paris - t. XXVIII - N.° 2 - 1911.

H. Duret — De la Gastropexie — Revue de Chir. 1896 pag. 421-433.

Eichhorst — Trattato di Patologia e Terapia medica — Vol. II - Soc. editr. libraria Milanese 1906.

U. Einhorn — Diseases of the stomach — 3^e ediz. 1903 et Die krankheiten d. Magens - Berlin 1898 - pag. 270.

Einhorn — Gastrodiaphany or transillumination of the stomach — Medical News 14 Maggio 1904 - pag. 956.

E. J. Elsworth — Gastropstosis — The Americ. Soc. of Clin. surg. 18 Marzo 1904.

Ece — The surgical treatment of gastropstosis being an analysis of a series of twenty cases, wit special reference to the results of operative treatment — The Brit. Med. J. - 7 Maggio - N.° 2575.

Faber — La position normale de l'estomac et la gastropstose — Bibliotek for Laeger 1908.

Fetherson — The position of the stomach in Women With movable Kidney — Australian medic. journal - t. I - N.° 55 - 1912.

Fiorito — La cardiopstosi (morbo del Rummo) — Riforma Medica - t. XXVII - N. 18 - 1911.

Fleiner — Münch med. Wochenschr. - 1895 - N.° 42-44.

Francine — Gastropstosis: a critical and clinical study; wit reference to 100 cases — Philadelphia Med. Journal 3 Gennaio 1903, pag. 27-34.

Freund — Zur Baudagen behandlung der Gastropstose in Wiener Klin. Woch - t. XXIV - N.° 26 - 1911, et Wiener mediz. Woch. - t. LXI - N.° 50 - 1911.

M. Gayet — Dislocation verticale de l'estomac. Pathogénie et traitement — XXII Congresso dell'Associazione Francese di Chirurgia - 1909 - 4-9 Ottobre.

Gaston Lorrance — Rovsing's operation for gastro colopstosis wit a report of seventeen cases succesfully operated on — The American Journ. of Obstetr. - Febbraio 1916 - pag. 275.

Glénard — Gastropstose — Lion Méd. - Marzo 1885.

Glénard — Les ptoses viscerales — Paris 1899.

Göbell — Pylorusverengerung und Bildung eines Ligament suspensorium durch freie Aponeurosentransplantation — Zentralblatt f. Chir. - 1913 - N.° 34.

Goldthwait — The cause of Gastropstosis wit their possibily importance as a causative factor in the rheumatoid diseases — The Boston Med. and surgical Journal - t. CLXII - N.° 21 - 1910.

Groedel — Grundriss und atlas der Röntgendiagnostik in der inneren Medizin — Lehmann's Verlag - München - 1914.

Groedel — Gibt es eine Ptose des Magens? — Medic. Klinik - 1908 - N.° 9.

Guillaume — Le sympathique et les systèmes associés — Masson edit. Paris - 1921.

Hall. Edwards - Diagnosi e cura della gastropstosi — The Brit. med. Journal - N. 3148, 1921.

Hammér — Ein Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlung der Gastropstose — Münch. Med. Woch. - 24 Novembre 1903, pag. 2048-2052 - 1 Dicembre 1903 pag. 2099.

Hartmann — Travaux de chirurgie (Estomac) — Steinheil edit. Paris 1903.

Hartmann — Gastrorraphie et gastropexie combinées — Bull et mém. de la Soc. de Chirurgie - Paris, 1899 - T. XXV et Société internationale de Chirurgie - Bruxelles 1905.

Haslicek — Gastropessi per ricostruzione del legamento spato-gastrico con un trapianto d'aponeurosi — Zentralbl. für Chir. - t. XLVIII - N.° 21 - 1921.

Herscher — Verschluss und suspension des pilorus nach gastroenterostomie mittels des lig. teres hepatis — Zentralbl. für Chir. - t. XL - N.° 44 - 1913.

Hirschfeld — Lo spostamento degli organi addominali e del cuore - in Leyden-Klemperer - Clinica contemporanea — Soc. editr. libr. milanese - 1908.

Hutchison — The principles of treatment in gastroptosis — The Brit. med. Journal - 7 Maggio 1910 - N.° 2575.

Th. Jonnesco — Traitement chirurgical des ectasies gastriques — XXIII Congresso franc. de chir. - Paris - 1899 - pag. 393-394.

Kammerer — Posterior gastro-enterostomy in a case of gastroptosis wit persistent vomiting. - Annals of Surgery - Agosto 1901 pag. 302.

W. Kausch — Gastropessia - in Bergmann e Bruns — Trattato di Chirurgia pratica - pag. 138, 265, 295 - Soc. Ed. Libraria - 1907.

Kemp, Coleman — Fluorescein in transillumination of te stomach -- New York Med. Journal - 13 Febbraio 1904 - pag. 303.

Klapp et Riess — La fixation de l'estomac ptosé aux côtes — Arch. für Klin. Chir - t. CXVIII - 24 Novembre 1921.

Korany — Berl. Klin. Wochens. 1890 - N.° 31, e Meltzins Volkmannsche Vortr. 1896.

Kraft — Gastropotose og gastropexi — Hospitalstidende - t. LIV - N.° 29 e N.° 49 - 1911.

Kreuter — Gastropessi a mezzo del legamento rotondo del fegato come operazione preliminare alla radioterapia di alcuni carcinomi gastrici — Zentralbl für Chir. - t. XLXI - N.° 4 - 1922.

Kudleck — Exlusion extra muquense du pylore combinée à la gastro entérostomie; sa valeur dans le traitement de la gastroptose et de la gastrectasie — Société des Chirurg. du bas Rhin et de Westphalie - 13 giugno 1913.

Jaugeas — Précis de radiodiagnostic technique et clinique — Masson ed. 1913.

Lambotte — Considérations cliniques sur 314 laparotomies pour affections de l'estomac — Journal de Chir. et Ann. de la Soc. Belg. de Chir. - N.° 7 - Ottobre 1905.

Landau — Verandl. d. Berl. Gesellschaft 1890.

Latarjet — La section des nerfs de l'estomac — Soc. de chir. de Lyon - Séance 12 mai 1921.

Laurent — Clinique chirurgicale — Doin edit. Paris 1911.

Le Gendre — Semeiologia generale del tubo digerente - in Bouchard — Trattato di patologia generale - Unione tip. editr. Torinese 1898.

Leo — Deutsch. med. Wochenschr - 1896

Lereboullet, Harvier, Guillaume, Carrion — Sympatique et glandes endocrines in Traité de pathologie médicale etc. — Maloine edit. Paris - 1921.

Leven et Barret — La région pylorique atteignant le point de Mac Burney; les faux diagnostics d'appendicite — Société de Radiol. medic. de Paris. - S. 12 Octob 1909.

Leven, Barret — Mensuration radioscopique de l'estomac et diagnostic de la ptose gastrique — Société de Biolog. - 24 Ottobre 1903.

Leven - Barret. — L'estomac dans les positions debout et cauchée: note prélimin. de radiol. méd. de Paris — Bull. t. III - N. 25 - 1911.

Leven. — Dilatation et ptose de l'estomac — Le Journal médic. français - t. VI - N. 7 - 1912.

Lincoln. — Preliminary note on transillumination of the stomach with fluorescein — Med. Record. - Aprile 1904 pag. 654-655.

Losio. — Ptosì della porzione pilorica dello stomaco e colica epatica — Il Policlinico (sez. Pratica) - fasc. 8 - 1921.

Luciani. — Fisiologia dell'uomo — Vol. II - Soc. editr. libr. milanese 1912.

Lync. — Gastropstosis and coloptosis transversa as seen from post mortem examination — The New York medic. Journal - t. XCVII - N. 21 - 1913.

Maclaren et Daugherty. — Pyloroptosis: gastric atony as the original cause of Neurasthenia, and its cure — Annals of Surgery - t. LIV - N. 3 - 1911.

R. Malatesta. — Chirurgia delle malattie benigne dello stomaco — Unione Tip. Editr. Tor. - Torino 1911.

Maragliano. — Note cliniche e terapeutiche sulle malattie del tubo gastro-enterico, del fegato e dei reni. — Lezione di chiusura - anno scolastico 1894-95 - ref. in Riforma medica - 1895 - IV - N. 73.

Mariani. — Nuovo metodo d'esclusione pilorica della gastropstosi con gastrectasia — La Clinica Chirurgica - t. XXI - N. 8 - 1913.

Martins. — Centralbl. f. innere Medizin. N. 49 1895.

Mathieu. — La ptose addominale — Journal des Praticiens - N. 4 - Dic. 1907.

Meinert. — Sammlung klin. Vorträge — N. F. N. 115-116 - Lipsia 1895; e Centralbl. f. innere Med. 1895 N. 43 e 1896 N. 12 13.

Meltzing. — Zeitschs. f. Klin. Med. Vol. XXII - 1895.

Merkel. — Ergebnissen der Anat. und Entwicklungsgeschichte — Vol. IV-V 1895 96.

Merkel. — Trattato di Anatomia topografica — V. II. - Unione tip. editr. Torinese - 1903.

Michaelis. — Zeitschr. f. Klin. Med. XXXIV.

Mych. — La gastropstose et son traitement — Société des Naturalistes et des Médecins de l'Université de Tomsk - 4 octobr. 1912.

Monod - Vanverts. — Gastropessi — in trattato di med. operat. - Soc. editr. Libreria Milano - 1905.

Muris. — Om den operative Behandlung of Gastropstose — refer. in Hildebrand's Jahresb 1902 pag. 665.

Noever. — Gastrofixation d'après Rovsing — Annales de la Soc. Belge de Chir. - t. XXI N. 6-7 1913.

Nyrop. — Gastropexie und Retention — Munch. med. Woch. - N. 2 1907.

Pagenstecher. — Zur Befestigung des gesunkenen Magens mittels Ligamentplastik — Zentralbl. für Chir. - t. XL - N. 35 - 1913.

Pagenstecher. — Gastropexie vermittelt des ligamentum teres — Münchener med. Wochenschrift T. LX N. 1 - 1913.

Perthes. — Sull'operazione della gastropnosi mediante impiego del « ligamentum teres hepatis » — Zentralbl. f. Chir. 1920 - 27, 818 - refer. in Archivio It. di Ghirurgia - 1920 - fasc. 1-2.

Parlavecchio. — Diagnosi e cura delle affezioni gastro enteriche e nervose prodotte dalle ptosi viscerali — Archivio It. di Chirurgia - 1921 - fasc. 1.

Parlavecchio. — Le basi razionali della chirurgia ortotetica viscerale — Archivio It. di chir. 1921 - fasc. 2.

Poirier - Charpy - Nicolas. — Traité d'anatomie humaine — Vol. IV - fasc. I - Masson editr. 1912.

Polènoff. — Studio sul trattamento operativo delle gastrectasie e delle gastropnosi (in russo) — Chirurg. Archiv. Veliaminova - t. XXVI - N. 4 - 1910.

Polènoff. — Gastroplicatio et gastropexis — Chirurg. Archiv. Veliaminova - t. XXVII - N. 2 - 1911.

Ransooff. — La cura chirurgica delle gastro enteroposi — The Boston medic. and Surg. Journal - t. CLXVII - N. 11 - 1912.

Reed. — Fixation of the ptotic stomach and colon by retroperitoneal implantation — The Journal of the Americ. med. Asso - LXII N. 12 - 1914.

Ricard - Launay. — Gastropexie — Traité de thérapeutique opératoire - 1903 pag. 524 - ed. Doin - Paris.

Reynier. — Pathogénie du rein mobile et des ptoses en général — Académie de Médic. de Paris - Séance 27 Juin 1907.

Robin. — Maladies de l'estomac — Rueff edit. Paris 1901.

Roke. — Gastropnosis — Zentralbl. für Chir. - t. XLVIII - N. 31 - 1921.

Rose. — Gastropexis the cause of symptoms erroneously attributed to nephropsis — New York Med. Journ. Vol. LXXV N. 25.

Rose. — Gastropnosis — Medical News - Maggio 1904 - pag. 957.

Ramond. — La dislocation du pylore — Paris Médic. 1922 - N. 13 Aprile.

Rothe. — Gastropnosis — Zentralbl. für chir. - t. XLVIII - N. 33 - 1921.

E. Rougeur. — La dislocation verticale de l'estomac — Thèse, Lion, 1909-910.

Rosenkein - Krankheiten d. Speiseröhre und des Magens — 1 Aufl. 1891.

Rovsing. — Gastrocoloposis its pathologie significance and its Surgical treatment — The Journal of the Americ. Medic. Association - LIX - N. 4 - 1912.

Rovsing. — Ettilfaelde af total gastropnose med. dilatation spiseroret — Hospitalstidende (Copenhagen) t. LVI - N. 1 - 1913.

Rovsing. — Unterleibs Chirurgie — 1912.

Rovsing. — Th. Drei Fälle von Gastropnose durch Gastropexie geheilt, — Arch. f. Chir. 1899 - Bd. LX pag. 812.

Savin. — Variationen der Lage des Magens und Darmes in Abhängigkeit von Abweichungen in der Entwicklung in fruehster Keimperiode — Arch. f. Klin. Chir. - 1909 XCI f. 3.

Scanes - Spicer. — Gastropnosis — The Brit. Med. J. 1910 - 14 Maggio - N. 14.

Sandrock. — Rapporti della splancnopsosi colla acidità gastrica — J. Hopk Hosp., Juli 1915 — refer. in Pathologica 1916 N. 189.

Schaefer — Neher die Methode zur Bestimmung der Magengrenzen — Tesi annag. Bonn - 1896.

Schlesinger — Die Behandlung der gastropiose durch Keilförmige resection in der pars media des magens - Mitteil aus den Grenzgeb. der Med. und. Chir. — B. 25 - H 3 - 1912 Jena.

Schloessmann — Operazione della ptosi gastrica ed epatica mediante il Ligamentum teres hepatis — Zentralbl. f. Chir. An. 48, N.° 11 pag. 362-5 - ref. in Archivio it. di Chir. 1921, fasc. 6

Schulze, Berge — Behandlung der Magensenkung — Med. Klinik. 1907 - pag. 947.

Shopt — On a special form of dilatation and displacement of the stomach — Brit. Med. Journal - Gennaio 1908.

Smith — The form and position of the stomach — The British med. Journal - Numero 2729 - 1913.

Steele, Francine — 2years experience in Gastropotosis — Univ. Pensylv. Med. Bull. Dicembre 1903.

Steele, Francine An analysis of 70 cases of gastropotosis — 530 Congresso Amer. Med. Assoc. 1902.

Svorckhotov — Contribution à l'étude de l'enteroptose — Méd. Obezr - 1906 - LXVI - 19.

I. Tansini. — Sulla cura chirurgica della gastropiosi — Il Morgagni - N.° 41 - 1914.

Terrier et Hartmann — Chirurgie de l'estomac — Paris Steinheil 1899.

Testut — Trattato di Anatomia topografica — Vol. II - Un. tip. ed. tor. 1908.

Tarch — Treatment of gastropotosis (530 Cong. Amer. Medic. Assoc. - 1902).

Vautrin — Traitement chirurgical de la dislocation verticale de l'estomac — Congr. Franc. de Chir. 1901.

Walker — Three cases of gastropotosis (53° Congr. Amer. Medic. Assoc. - 1902).

Weinstein — La gastropiose en tant que facteur étiologique de la tachycardie — New-York Med. Journal - Gennaio 1907 - N.° 10.

Weiss — Zur operativen Behandlung der Gastropiose — Deutsche Ztschr. für 4-6 Novembre.

Amato

OSPEDALE CIVILE SANTA MARIA DI TREVIGLIO

Divisione Chirurgica-ginecologica

RENDICONTO STATISTICO OPERATIVO

17 Luglio 1921 - 17 Luglio 1922

Dott. PIER LUIGI DELLA TORRE



Capo.

INTERVENTI OPERATIVI	N.	Guar.	Morti	OSSERVAZIONI
Craniectomia con cranio-plastica immediata per frattura con perdita di sostanza ossea	1	1		Operazioni di ambulatorio
Craniectomia per sequestrotomia	1	1		
Trapanazione sottotemporale decompressiva alla Chüsing per frattura basilare	1	1		
Antrotomia di Schwarze per antrite dei lattanti	9	9		
Antrotomia di Schwarze e cellulotomia per mastoidite acuta	3	3		
Antro-atticotomia di Schwarze-Zaufal e cellulotomia per mastoidite cronica	3	3		
Asportazione di cancri della guancia e del naso con anaplastica tegumentaria	3	3		
Estirpazione di tumori congeniti delle parti molli della faccia	3	3		
Asportazione di cisti sebacee della faccia e cuoio capelluto	3	3		
Rinoplastica per traumi del naso con perdita di parti molli ed ossee	2	2		
Resezione della mandibola per osteomielite	1	1		
Estirpazione di polipi nasali	3	3		
Resezione di cornetti nasali	2	2		
Asportazione di epitelioni del pavimento buccale con svuotamento delle loggie linfoglandulari dipendenti	1	1		
Estirpazione subtotale e cauterizzazione di ranule sublinguali	1	1		
Allacciatura di grossi vasi (emorragia secondaria)	1	1		
Oncotomie per flemmoni profondi	1	1		
Asportazione di corpi estranei del meato uditivo esterno per via retro-auricolare	1	1		
Oncotomie per ascessi, flemmoni, etc.	28	28		
Cauterizzazione per ignipunture multiple di angiomi	3	3		
Estirpazione di polipi nasali	2	2		
Estirpazione di cisti delle labbra	2	2		
Estirpazione di corpi estranei ritenuti in seno alle parti molli	2	2		
	77	77		

Collo.

INTERVENTI OPERATIVI	N.	Guar.	Morti	OSSERVAZIONI
Estirpazione di tumori incapsulati della parotide	1	1		
Resezione subtotale della parotide per epiteloma cutaneo propagato alla ghiandola (processo Duval modificato)	1	1		
Strumectomia	Enucleazione intraghiandolare di Porta-Socin	4	4	
	Enucleo - resezione di Kocher	1	1	
Strumotomia per strumite suppurata	1	1		
Estirpazione di cisti congenite	2	2		
Asportazione di canceroidi cervico-auricolari con anaplastica tegumentaria	1	1		
Estirpazione metodica di linfomi tubercolari	3	3		
Tracheotomia bassa per condrite laringea tuberculare	1	1		
Oncotomia per ascessi flemmonosi delle loggie latero-faringea e retrostiloidea (via presternocleidomastoidea)	1	1		
Oncotomia per flemmoni perivascolari profondi della base del collo	2	2		
Oncotomia per favi estesi della nuca	3	3		
Tonsillectomia	4	4		
Oncotomia per ascessi, flemmoni, etc.	37	37		
Tonsillectomia	2	2		Operazioni d'ambulatorio
Cauterizzazione per ignipunture multiple di angiomi capillari	1	1		
	65	65		

Torace-Dorso.

INTERVENTI OPERATIVI	N.	Guar.	Morti	OSSERVAZIONI
Amputazione della mammella con svuotamento del cavo ascellare e sottoclavicolare per tumori maligni (processi di Kocher e Halstead)	4	4		Recidiva dopo tre mesi
Estirpazione di tumori benigni della mammella	1	1		
Excisione parziale della mammella per tubercolosi	1	1		
Estirpazione di lipoma gigante sterno-mammario	1	1		
Oncotomia per mastiti flemmonose	3	3		
Pneumotomia di Bazy per ascesso del polmone	1	1		
Pleurotomia semplice per empiemi	1	1		
Pleurotomia con resezione costale per empiemi	4	4		
Estrazione di proiettili ritenuti in profondità (3° sp. intercostale reg. sottoscapolare)	1	1		
Estirpazione di lipomi racemosi del dorso	1	1		
Estirpazione di cisto-adenomi incapsulati della mammella	1	1		Operazioni d'ambulatorio
Oncotomia per mastiti flemmonose	3	3		
Oncotomia per favi	1	1		
	23	23		

Addome.

INTERVENTI OPERATIVI	N.	Guar.	Morti	OSSERVAZIONI
Gastropessi e gastroplicatio per gastroptesi essenziale	6	6		
Gastroenterostomia retrocolica anteriore (Brenner) per carcinomi inoperabili stenosi dell'antro pilorico	1	1		
Gastroenterostomia di Toupet per stenosi piloriche benigne	2	2		
Resezione ileo-ceco-colica per tubercolomi	1	1		
Appendicectomia (cecoplicatio e cecopessi - 3 casi)	18	18		
Laparotomia per ascessi flemmonosi pericecoappendicolari e del bacino	4	3	1	morte per peritonite acuta
Enteroanastomosi latero-laterale per esclusione di tubercolomi stenosi inoperabili	1	1		
Enterorrafia per perforazioni intestinali ulcerose in peritonitici	1	1		
Colecistostomia in due tempi (Kocher) per colecistite calcolosa	1	1		
Laparotomia per ferite penetranti in cavità con ernia dei visceri	1	1		
Laparotomia esplorativa per tubercolosi entero-peritoneale	8	8		
Laparotomia esplorativa per tumori inoperabili	3	3		
Laparotomia esplorativa con eviscerazione metodica per vomiti incoercibili da ipervagotonia	1	1		
Colopessia e discissione di aderenze stenosi in occlusione intestinale intermittente	1	1		
Operazione radicale per ernie inguinali libere obl. est. (proc. Bassini, Postempski, Ferrari)	34	33	1	morte per chok
id. id. strozzate	6	6		
Operazione radicale per ernie inguinali dirette	5	5		
Operazione radicale per ernie sovrappubiche della vescica	1	1		
Operazione radicale per ernie crurali libere (proc. Salzer - Novaro)	3	3		In un caso: ernia della vescica
id. id. per ernie crurali strozzate	3	3		
	101	99	2	

Addome.

INTERVENTI OPERATIVI	N.	Guar.	Morti	OSSERVAZIONI
Operazione radicale con plastica muscolo-aponeurotica per ernie ombelicali strozzate (proc. Savariaud modificato)	2	2		} Operazioni d'ambulatorio
id. id. per ernie epigastriche	1	1		
Plastica aponeurotica-muscolare per sven-tramenti postlaparotomici (proc. Dauriac)	1	1		
Plastica inguino-otturatoria per vaste lacerazioni traumatiche con ernia dei visceri	1	1		
Estirpazione di tumori congeniti periumbelicali (onfalectomia e plastica)	1	1		
Estirpazione di cisti ematiche retto parietali	1	1		
Oncotomia per flemmoni della parete addominale	1	1		
Svuotamento metodico delle fosse inguinali per linfomi tubercolari	1	1		
Oncotomia per adeniti inguinali suppurate	7	7		
Asportazione di corpi estranei ritenuti in seno alle parti molli	1	1		
	17	17		

Organi genito-urinari femminili.

INTERVENTI OPERATIVI	N.	Guar.	Morti	OSSERVAZIONI
Salpingo-ovariectomia per cistosarcomi	2	2		
Ovariectomia per cisti ovariche	1	1		
Salpingostomia per aborto tubarico (ematosalpinge)	1	1		
Isterectomia totale di Bumm-Vertheim per carcinomi della portio	1	1		
Amputazione sopracervicale dell'utero per fibromatosi emorragica	1	1		
Discissione cruenta e dilatazione metodica del canale cervicale uterino per atresia congenita (sepimentazioni multiple)	1	1		
Asportazione di tumori benigni del collo uterino	1	1		
Taglio cesareo per mola idatidea in gravida al 5° mese (atresia del collo uterino)	1	1		
Raschiamento dell'endometrio per endometriti	21	20	1	morte per setticopiemia già in atto
Estirpazione di tumori congeniti vaginali (cisti gartneriana)	1	1		
Plastica retto-vaginale di Fritsch per lacerazioni complesse perineo-vulvo-vaginali da parto	1	1		
Decapsulazione renale per nefralgia	1	1		
Nefrotomia per pielo-nefrite tubercolare (inoperabile radicalmente)	1		1	morte per chok
Nefrectomia ed ureterectomia per pielo-nefrite e ureterite tubercolare (via transperitoneale)	1	1		
Oncotomia con (excisione della capsula) per bartoliniti suppurate	4	4		Operazioni d'ambulatorio
	39	37	2	

Organi genito-urinari maschili.

INTERVENTI OPERATIVI	N.	Guar.	Morti	OSSERVAZIONI
Resezione ed eversione della vaginale del testicolo per idroceli ed ematoceli	6	6		} Operazioni d'ambulatorio
Resezione dei plessi varicosi per varicoceli	1	1		
Orchiectomia e funicullectomia alta per tubercolosi del testicolo	4	4		
Ricostruzione plastica della borsa scrotale e sutura del testicolo per ferite con perdita di sostanza	1	1		
Circoncisione e ricostruzione plastica del frenulo per fimosi congeniti	3	3		
Amputazione parziale del pene (ulcus fagedenicus gangrenoso)	1	1		
Plastica perineo-uretrale per fistole urinose (processo di Lejars modificato)	1	1		
Oncotomia per ascessi periuretrali (ghiandole di Cooper)	1	1		
Cistotomia sovrapubica per traumi vescicali	1	1		
Incisione dorsale del prepuzio per parafimosi	3	3		
Excisione di papillomi giganti balano-prepuziali	2	2		
	24	24		

Retto - Ano - Bacino.

INTERVENTI OPERATIVI	N.	Guar.	Morti	OSSERVAZIONI
Resezione del retto per carcinoma soprapollare (proc. sacrale di Hochenegg)	1	1		Un secondo focolaio carcinomatoso del colon pelvinum non si potè estirpare
Amputazione perineale del retto e del colon per carcinomi ampollari (proc. Quénu-Baudet)	1	1		
Estirpazione di tumori benigni del retto	1	1		
Excisione di noduli emorroidari	3	3		
Incisione ed excisione di fistole anali e anorettali	10	10		
Rettoplastica per atresia ani et recti (via perineale)	1	1		
Anoplastica per atresia ani	1	1		
Oncotomia per ascessi perirettali	4	4		
Oncotomia per flemmoni inguino-pelvici e raccolte extraperitoneali tubercolari da carie vertebrale e dell'anca	5	5		
Oncotomia per flemmoni necrotici profondi delle regioni glutee e perineo-vulvari	4	3	1	morte per setticemia già in atto
Oncotomie per ascessi vari	9	9		Operazioni d'ambulatorio
Incisione di fistole perianali ceco-esterne	1	1		
Cauterizzazione per ignipunture multiple di angiomi	1	1		
	42	41	1	

Arti superiori.

INTERVENTI OPERATIVI	N.	Guar.	Morti	OSSERVAZIONI
Resezione della clavicola per osteomieliti	1	1		
Resezione di ossa metacarpali	2	2		
Disarticolazione di ossa metacarpali	1	1		
Disarticolazione delle singole ossa del carpo per osteomieliti flemmonose	1	1		
Disarticolazione di dita per osteoperiostiti flemmonose necrotizzanti	3	3		
Amputazione di dita nella continuità della falange per lesioni traumatiche	1	1		
Amputazione dell'avambraccio per stritolamenti	1	1		
Enucleazione metodica di linfomi tubercolari del cavo ascellare e sottoclavicolare	4	4		
Estirpazione di neoplasie benigne	1	1		
Estirpazione di cisti sinoviali del polso	2	2		
Estirpazione totale delle guaine tendinee e delle borse sinoviali del polso e della mano (metà cubitale) per igroma tuberculare a bisaccia	1	1		guarigione funziosale perfetta
Tenotomia per contrattura tendinogena in flessione delle dita	1	1		
Excisione di focolai periostitici fistolizzati	1	1		
Asportazione di idrosadeniti diffuse dell'ascella	1	1		
Asportazione di proiettili ritenuti in profondità (cavo ascellare)	1	1		
Allacciatura di grossi vasi	2	2		
Oncotomia per flemmoni profondi diffusi e tenosinoviti del palmo della mano e dell'avambraccio	16	14	2	morte per setticopiemia in atto
Allacciatura di grossi vasi per ferite	2	2		
Estrazione di proiettili e corpi estranei ritenuti in profondità (palmo della mano)	8	8		
Estirpazione di fibro lipomi, verruche, etc.	6	6		Operazioni d'ambulatorio
Oncotomia per ascessi, tenosinoviti palmari flemmonose, etc.	35	35		
Disarticolazione di dita soprannumerarie	2	2		
	93	91	2	

Arti inferiori.

INTERVENTI OPERATIVI	N.	Guar.	Morti	OSSERVAZIONI
Artrectomia e artrodesi per anchilosi viziosa del ginocchio da tubercolosi	1	1		
Artrodesi del ginocchio per genu recurvatum anchilotico posttraumatico	1	1		
Resezione tarsale anteriore per tubercolosi ossea	1	1		
Resezione metatarso-falangea per osteomieliti tubercolari	2	2		
Trapanazione della tibia per osteomieliti tubercolari	1	1		
id. id. per osteomieliti flemmonose diffuse setticpiemiche	2	1	1	morte per setticemia in atto
Disarticolazione del ginocchio per tubercolosi diffusa delle ossa della gamba ed osteomieliti gangrenose setticemiche	2	2		
Disarticolazione di dita per osteomieliti tubercolari	1	1		
Amputazione alta della gamba per osteomieliti flemmonose diffuse	1	1		
Amputazione bassa della gamba per gangrena trambotica del piede	1	1		
Enucleazione metodica di linfomi tubercolari della loggia crurale	3	3		
Estirpazione di cisti sinoviali del cavo del poplite e dorso del piede	2	2		
Excisione di ulcere callose su monconi d'amputazione e anaplastica tegumentaria	1	1		
Anaplastica tegumentaria ed innesti cutanei per vaste perdite traumatiche di tegumenti del piede e della gamba	1	1		
Artrotomia del ginocchio per artrosinoviti flemmonose	2	1	1	id. id.
Panartromia del piede per artrodinoviti flemmonose posttraumatiche	1		1	id. id.
Excisione di focolai periostitici con tramiti fistolari (postflemmonosi)	1	1		
Estrazione di proiettili d'a. da f. ritenuti in profondità	1	1		
Allacciatura di grossi vasi	2	2		
Oncotomia per flemmoni periostali	6	5	1	id. id.
Estrazione di proiettili ritenuti in seno alle parti molli	1	1		
Estirpazione di unghie incarnite	5	5		
Oncotomia per ascessi, flemmoni, etc.	16	16		
Cauterizzazione per ignipunture multiple di angiomi cavernosi	1	1		
	56	52	4	Operazioni di ambulatorio

