

191

al Prof. Puccinelli  
in omaggio

DOTT. GIUSEPPE SCOLLO

# Ulcere gastro-duodenali perforate e loro trattamento

*Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica) anno XXXIX, 1932*



80  
B  
22

ROMA  
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »  
N. 14 — Via Sistina — N. 14

1932

**Ulcere gastro-duodenali perforate e loro trattamento**



Doct. GIUSEPPE SCOLLO

---

# Ulcere gastro-duodenali perforate e loro trattamento

*Estratto dal POLICLINICO (Sezione Chirurgica) anno XXXIX, 1932*

---

ROMA  
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »  
N. 14 — Via Sistina — N. 14

1932

---

**PROPRIETÀ LETTERARIA**

---

---

Roma - Tip. Ditta Armani di M. Courier.

---

---

OSPEDALE « SANTO SPIRITO » - ROMA  
Chirurgo primario: prof. G. EGIDI.

## **Ulcere gastro-duodenali perforate e loro trattamento**

per il dott. GIUSEPPE SCOLLO  
aiuto chirurgo negli Ospedali Riuniti di Roma.

La letteratura medica mondiale di questi ultimi anni si è enormemente arricchita di statistiche più o meno numerose, sia personali che tratte dal materiale di ospedali e cliniche, raccoglienti i casi di perforazione da ulcera dello stomaco e del duodeno.

Per quanto la letteratura straniera ne appare infinitamente più ricca che la nostra, ritengo tuttavia che da noi non siano meno frequentemente osservate e operate le perforazioni ulcerose dello stomaco e del duodeno. È mia impressione anzi, condivisa da tutti i chirurghi che dell'argomento si sono occupati, che anche da noi i casi di perforazione gastro-duodenale da ulcera sono in questi ultimi tempi enormemente aumentati.

Il dott. Barbera in quindici anni ha trovato che in un grande Ospedale di Roma, il Policlinico Umberto I, erano state operate nei turni di guardia dei tre reparti ospedalieri e di quello della clinica circa 120 ulcere perforate; e che la proporzione aumentava di anno in anno.

In questi ultimi tre anni io solo, nel turno di guardia di un reparto, ne ho operato ben 26.

Dobbiamo dunque argomentare che le ulcere si perforano oggi più facilmente che nel passato? Può darsi ed è probabile. Certa cosa è che oggi si fanno un maggior numero di diagnosi di perforazione da ulcera, mentre prima prevaleva forse quello delle peritoniti diffuse da causa ignota. Comunque siasi, la perforazione gastro-duodenale da ulcera, dopo l'appendicite perforata, è la sindrome addominale acuta che si osserva più di frequente, onde si spiegano e l'importanza che essa assume nella pratica e l'interesse che suscita tra i cultori della medicina.

La mia statistica personale comprende, come è stato detto, 26 casi; e non è certo tra le più numerose che in questi ultimi anni sono state pubblicate. Ma come tutti i casi sono stati osservati, operati e seguiti dallo stesso autore, risalta nel giudizio un elemento di esperienza personale non disprezzabile, frutto più che del numero, della bontà e completezza delle osservazioni fatte; onde la statistica non rimane, come talvolta accade, un arido

elenco di cifre, ma sa esprimere, anche dalla pochezza di queste, un che di palpitante e vivo che si concreta nella ricerca del vero e nella migliore norma da seguire.

**DISTRIBUZIONE DELLE PERFORAZIONI RISPETTO ALLE STAGIONI E ALLE ORE DEL GIORNO.** — Il massimo delle perforazioni accade, secondo la nostra statistica, in primavera ed in autunno, e precisamente all'inizio di dette stagioni. Altri autori, e Barbera nella sua raccolta di casi, hanno notato lo stesso fatto. Noi registriamo 12 perforazioni in primavera, di cui 11 capitate nei mesi di marzo e aprile; 7 perforazioni nell'autunno di cui cinque nel mese di ottobre; 6 nel periodo invernale, contro una sola perforazione nel periodo estivo. Risulterebbe quindi una diminuzione netta nella frequenza delle perforazioni, nella stagione calda.

Ora se si pensa che la sintomatologia dell'ulcera, specialmente duodenale è periodica, e che la sua apparizione suole essere più frequente nelle stagioni umide e fredde, come Moyhniham ha affermato e come anche noi abbiamo nella nostra breve esperienza potuto constatare, non apparirà strano che a un periodo di maggiore morbilità ulcerosa, corrisponda anche un maggior numero di casi di complicazione perforativa dell'ulcera.

Judine in una sua recente e numerosa statistica avrebbe notato una speciale concentrazione delle perforazioni in determinate ore della giornata; e precisamente, mentre sarebbe affatto eccezionale lo scoppio improvviso dei sintomi nel cuore della notte, il numero delle perforazioni toccherebbe il suo massimo alcune ore dopo il pasto del mezzogiorno e della sera, sì che sarebbe portato ad annettere una grande importanza alla pressione meccanica degli ingestivi nel determinismo dello scoppio degli accidenti acuti della perforazione.

La nostra statistica comprova, sia pur non così nettamente, i dati di Judine. Però non riteniamo che ci sia una così decisa relazione tra l'azione meccanica della ingestione alimentare e il momento della perforazione, in quanto non di rado i pazienti ci hanno raccontato di essere stati colti dall'improvviso dolore a stomaco vuoto, o perchè non era ancora venuto il momento del loro pasto, o perchè, sentendo un vago malessere al ventre, si erano deliberatamente tenuti a digiuno.

Un malato poi aveva avuto una precedente ematemesi grave, per cui era stato di proposito tenuto a dieta assoluta, quando scoppiarono i sintomi della perforazione dell'ulcera, così come accadde nel caso di Mitchell. Senza dire che casi di perforazione sono accaduti qualche giorno dopo una gastroenterostomia (Ziegler, Pellissier, Carr, ecc.).

**SESSO.** — Nei nostri 26 casi di perforazione gastro-duodenale figura solo una donna. La proporzione quindi di questa, rispetto all'uomo, a subire la temibile complicazione perforativa dell'ulcera, è di poco meno del 4%.

Tutti gli autori hanno segnalato la rarità straordinaria delle ulcere perforate nella donna (Judine, Chrabru, Padrer, Wood, Demmer, ecc.); e sembra che la donna non soltanto sia meno colpita dell'uomo dalla malattia ulcerosa, contrariamente a quello che nel passato era sostenuto (l'ulcera

duodenale è si può dire appannaggio esclusivo dell'uomo), ma, proporzionalmente, è anche più preservata dalla perforazione; e dai dati di Barbera sembrerebbe inoltre più disposta a difendersi. Judine nella sua numerosa statistica di ulcera perforata non ha che 1,4 % di donne.

Certo il maggior consumo di alcool e tabacco, la sregolatezza delle abitudini e il più intenso lavoro dell'uomo debbono esercitare la loro influenza, sia nella comparsa dell'ulcera, come forse più nella cronicità dei disturbi e nello scoppio delle complicazioni.

ETÀ. — Altro dato di fatto che risalta e dalla mia e dalle statistiche degli altri autori è che la perforazione suole prediligere non solo gli uomini, ma gli uomini giovani. Abbiamo avuto nell'80 % di casi, la perforazione dai 20 ai 40 anni. Il più vecchio era di 78 anni, il più giovane di 18. Con particolare frequenza, abbiamo notato che l'ulcera perforata predilige giovani soggetti di un determinato tipo biologico che richiama il tipo astenico-longilineo.

SEDE DELL'ULCERA. — La sede dell'ulcera è stata nella grande maggioranza dei casi trovata in prossimità del piloro. Precisamente si sono avuti 12 casi allo stomaco, 10 casi al duodeno (1<sup>a</sup> porzione); in quattro casi non fu facile stabilire la loro esatta sede anatomica, se cioè puramente gastrica ovvero duodenale, la perforazione esistendo come a cavaliere della regione pilorica.

PASSATO. — Si dice comunemente che in una percentuale dei casi che varia a seconda degli autori (Hartmann arriva a un terzo) l'ulcera può perforarsi nella mutenza completa di antecedenti gastrici, sì che l'anamnesi non sempre ci è di ausilio nel diagnostico. Gli è che più frequentemente invece avviene questo: o che il paziente non tiene conto di vaghi disturbi che nel passato ha sofferto, e non li ritiene comunque in relazione con una sindrome così acuta e grave come quella per cui senza indugio si è deciso a chiedere soccorso; onde se gli si domanda se abbia mai sofferto di stomaco, egli risponde di no e di aver sempre tutto mangiato e digerito; oppure è il chirurgo che di fronte al complesso dei segni obbiettivi presentati dal malato, stabilisce la necessità del pronto intervento e non si ferma eccessivamente nella raccolta accurata della anamnesi. Non è raro che, di fronte al risultato operatorio, sia poi lo stesso paziente a raccontarci che effettivamente qualche disturbo gastrico nel passato aveva sofferto. Solo in qualcuno dei miei pazienti con ulcera duodenale perforata, si è avuto lo scoppio dei sintomi perforativi nel completo silenzio di disturbi gastrici antecedenti.

Spesso è soltanto da alcuni giorni che il paziente avvertiva come il suo stomaco non fosse più a posto. Non di rado sono vecchi ulcerosi che hanno visto esacerbarsi da qualche settimana i loro disturbi con ritmo più violento e indipendente dai pasti, ciò che li avrebbe dovuti ammonire a chiedere più sollecito ricovero; e i loro medici fare edotti dell'avvicinarsi della catastrofe.

DIAGNOSI. — Diciamo subito che la diagnosi della perforazione da ulcera gastro-duodenale è in generale facile. Nei nostri 26 casi la diagnosi

esatta fu posta in 21. Gli altri cinque casi furono operati: tre con diagnosi di appendicite acuta perforata, 1 con diagnosi di colecistite acuta perforata (si trattava dell'unica donna della nostra statistica) e il 5° con diagnosi incerta di lesione dell'addome destro. Si hanno dunque possibilità di fare la esatta diagnosi di sede e di natura nell'80 % dei casi; e forse con una raccolta anamnestica più diligente, tale proporzione può elevarsi ancora di più.

Comunque, non è tanto importante fare una precisa diagnosi anatomica, quanto lo stabilire, come bene scrive Moynihan, che qualche cosa è accaduto nell'addome che mette a repentaglio la vita del paziente e che non può essere riparato che da un intervento chirurgico.

Diagnosi quindi soprattutto di addome acuto chirurgico, come si suol dire, e necessità perciò di agire, più che non di discutere e peggio ancora di tergiversare ed aspettare. Tanto più che quasi sempre la diagnosi si formula più esattamente all'inizio del male, e la cura ha tutto da guadagnare dalla tempestività del soccorso.

Stabilito che si tratta di un addome acuto chirurgico, lo scambio della perforazione gastro-duodenale da ulcera, praticamente si riduce alle affezioni del settore alto dell'addome (fegato, vie biliari e pancreas) e soprattutto all'appendicite perforata.

Nel primo caso l'incisione fatta per l'esplorazione dello stomaco può anche servire per trattare una lesione del fegato, delle vie biliari e del Pancreas, o tutt'al più potrà occorrere uno sbrigliamento a destra della incisione.

Nel II caso, l'incisione che si pratica alla fossa iliaca destra, nel dubbio dell'appendicite perforata, è perfettamente utilizzabile per apporre un drenaggio nel Douglas, e quindi l'averla praticata prima, non costituisce un aggravamento operatorio. Si scambia la perforazione dello stomaco con l'appendicite acuta, ordinariamente quando attraverso la perforazione si è versato una notevole quantità di liquido che, per legge di gravità e la ben nota configurazione anatomica dei visceri, è portato a raccogliersi nella fossa iliaca destra, onde è precoce un risentimento peritoneale di questa con dolore e contrattura che richiamano l'idea dell'appendicite perforata.

Ora se a versamento di liquido diffuso è utile apporre un drenaggio ipogastrico, nulla di male se esso drenaggio è, nel caso contemplato dello scambio diagnostico coll'appendicite, apposto invece a traverso l'incisione della fossa iliaca destra.

Dirò anzi che ritengo giusta condotta quella del chirurgo il quale, a diagnosi incerta di sindrome addominale acuta, inizia il taglio sulla fossa iliaca destra. Esso taglio, oltre portare direttamente all'organo che il più spesso è responsabile delle catastrofi addominali, costituisce una finestra da cui molte lesioni possono essere controllate e curate e ci permette, nel caso di perforazione gastro-duodenale, di apporre il drenaggio nel Douglas e di togliere eventualmente l'appendice, come noi abbiamo fatto nei tre casi capitatrici e che sono tutti guariti.

La diagnosi di perforazione è poi più o meno facile a seconda del tempo che è decorso dalla perforazione, della più o meno grande quantità di versamento che si è diffuso nel ventre e dei dati anamnestici.

I segni clinici che ci hanno in tutti i casi guidato alla diagnosi sono stati quelli classici, fondamentali e che non hanno si può dire eccezioni: il dolore improvviso spontaneo all'epigastrio che ha annientato il malato, e la contrattura parietale di difesa, limitata spesso all'inizio alla zona sopra-ombelicale del muscolo retto di destra.

Ove questi due sintomi sono presenti, tanto più se si tratta di un giovane che per giunta ci rivela un passato di disturbi gastrici, il dubbio non è più permesso, e l'esitazione a intervenire non è più un errore, ma è una colpa.

« Un giovane chauffeur mentre conduce un taxi è colto da un dolore violento e istantaneo all'epigastrio che lo costringe a fermare la macchina e a cadere riverso sul sedile, gemente. È trasportato immediatamente con la stessa macchina all'Ospedale. Lo vedo pallido e curvo dirigersi al Pronto Soccorso a piedi, portando entrambe le mani all'epigastrio come a testimonianza e difesa del suo male terribile. Ebbi subito l'impressione di un probabile perforato. Fatto distendere il paziente sul letto, la visione dell'addome contratto e immobile confermò la mia impressione che divenne certezza quando la mano stesa a palpare l'addome, vi riscontrò una resistenza di legno. Mezz'ora dopo il suo ingresso, il paziente veniva operato di una perforazione duodenale larga da cui era fuoriuscita una grande quantità di liquido ».

Altro caso tipico è quello di un fattorino di Tram che, nel dare un biglietto a un passeggero, sente come una pugnalata al ventre, impallidisce e si appoggia per non cadere. Anch'esso trasportato immediatamente all'Ospedale veniva prontamente operato di perforazione pilorica da ulcera. Non è il caso di dilungarmi nella esposizione dei casi clinici, tanto la storia di essi è, nel più delle volte, uniforme, chiara, inequivocabile.

Tutti gli altri segni che si descrivono, passano in seconda linea, o perchè non sempre si riscontrano, o perchè sono di più dubbia constatazione, o dannosi a ricercarsi.

Un segno fisico importante è la scomparsa dell'aia di ottusità epatica. Noi l'abbiamo abbastanza spesso riscontrato e un esame radiologico estemporaneo può metterlo meglio in evidenza quando esiste. Ma a parte che tale segno non è sempre presente e che la indagine radiologica non è spesso attuabile e può riuscire incomoda per il paziente, praticamente penso, che, per la diagnosi, se ne può fare a meno.

Vomito, polso e temperatura sono tre segni funzionali che nelle sindromi addominali acute signoreggiano, e tutti i medici ricercano per stabilire la diagnosi e la prognosi. Ma per la precoce diagnosi di perforazione gastro-duodenale da ulcera, secondo l'esperienza nostra e quella di tanti altri osservatori, non ci si aspetta di trovare, come sarebbe fatto di pensare, un corteo dominante di tali segni funzionali. Il vomito, all'inizio, noi lo abbiamo osservato piuttosto raramente; la febbre è assente o modica; e il polso, questo magnifico termometro dell'addome, è valido, pieno e spessissimo bradicardico, tanto che a giusta ragione se ne è voluto fare un segno rivelatore della perforazione gastro-duodenale. Niente quindi, come giustamente insiste Moyalham, vero e proprio stato di choc.

Dolore improvviso, con contrattura locale, aia di ottusità epatica che si riduce, assenza di febbre e polso spesso valido e piuttosto raro, passato gastrico, età giovanile e sesso mascolino, ecco i dati dunque di una diagnosi precoce e di una favorevole cura. Tardivamente la contrattura diventa diffusa, sopravviene la febbre, il vomito, il polso peggiora, e la diagnosi allora è facilmente confondibile con la appendicite perforata.

Per stabilire il diagnostico esatto anche in questi casi, più forse che l'esame locale ha importanza la esatta successione dei fatti e l'anamnesi prossima e remota. Ricordarsi che un'appendicite raramente si perfora d'emblée, che dolori e febbre esistevano già da qualche giorno, quando è sopraggiunta la somministrazione di una purga intempestiva a determinare la catastrofe e che il vomito in essa, all'inizio dell'attacco, è più frequente che nelle perforazioni gastro-duodenali.

A peritonite conclamata e diffusa, la diagnosi può rimaner dubbia a ventre chiuso, e dubbia resta talvolta anche a ventre aperto, le aderenze, le false membrane, le sacche multiple purulente, l'ileo paralitico mascherando o rendendo difficile spesso il quadro delle condizioni locali; e la cura resta molto problematica, per non dire fatalmente inane.

**PROGNOSTICO.** — La diagnosi della perforazione dell'ulcera è, senza l'operazione, quasi sempre fatale.

Che in alcuni casi si possa avere una guarigione spontanea, nessun dubbio. Brunner, Schottmuller ne hanno descritti dei casi guariti senza operazione, il cui controllo è incontestabile; e noi stessi al tavolo operatorio abbiamo potuto constatare talvolta lo sforzo della natura inteso a circoscrivere la peritonite e ad occludere la perforazione con essudati, omento o altri organi circostanti. Un tale esito favorevole è possibile solo nelle perforazioni ad andamento sub-acuto, che è meglio classificare perforazioni coperte, in cui per il piccolissimo diametro della perforazione e la vacuità dello stomaco non si ha che un ridotto versamento di liquido nel peritoneo; e quando riposo, ghiaccio, e soprattutto dieta assoluta di liquidi concorrono ad aiutare la vis medicamentosa della natura.

Comunque l'esito spontaneo favorevole resta un fatto eccezionale ed aleatorio, su cui non si può nè si deve contare. I pochi casi di perforazione acuta che noi abbiamo diagnosticato e non potuto curare per invincibile rifiuto dei malati a farsi operare, li abbiamo visti succumbere fatalmente in due, tre giorni. Tutti gli autori, per quel che riguarda l'esito dell'intervento, stabiliscono un prognostico in rapporto al tempo trascorso dallo inizio della perforazione.

L'operazione praticata entro le prime sei ore comporta una mortalità scarsa (circa il 10 %), per elevarsi man mano che più tempo è passato dall'accidente acuto.

Tale fatto è vero in linea generale, ma non in linea assoluta. Oltre il tempo decorso dall'inizio della perforazione, che certamente rappresenta l'elemento capitale agli effetti del prognostico, altri fattori concorrono a variare il quadro il decorso e l'esito della perforazione.

Per esempio la grandezza di questa, la declività di essa, la qualità e quantità del versamento, l'intempestiva e inopportuna ingestione di liquidi, di purghe o altro, la particolare resistenza del soggetto. Nei nostri ventisei casi abbiamo avuto 15 perforazioni entro le prime 10 ore con due morti; 8 perforazioni tra le 10 e le 20 ore con 3 morti; 3 perforazioni tra le 20 e le 72 ore con un morto.

Dalla disamina della nostra statistica appare che la prognosi è tanto più buona quanto più presto, o più tardi si opera il paziente. Questo che sembra un paradosso è invece facilmente spiegabile col fatto che l'operazione precoce salva il più spesso il malato dalla peritonite diffusa, e l'operazione praticata molto tardi può trovare talvolta il paziente già messo dalla natura nelle migliori condizioni per superare il male.

**TRATTAMENTO. — Anestesia.** — Nessun dubbio che la anestesia di scelta debba essere la locale. Al massimo la si potrà integrare con breve anestesia eterea nelle manovre più dolorose pel paziente, ma ci dobbiamo sforzare a praticare il nostro intervento con l'anestesia locale. Ci vorrà forse un po' più tempo e certo molta più pazienza per l'operatore, ma indubbiamente dall'uno e dall'altra deriverà anche più vantaggio per il paziente.

Solo una incertezza diagnostica, o una invincibile riluttanza di pazienti nervosi e agitati può giustificare tutt'altra anestesia che la locale.

Non appena la diagnosi è fatta e l'operazione immediata decisa, noi facciamo praticare un'iniezione di morfina con scopolamina, e altra iniezione di morfina viene fatta appena iniziato l'intervento. Ciò facilita molto la anestesia locale.

Diciassette volte abbiamo praticato l'anestesia locale sola meno che in 2 casi nei quali essa è stata brevemente integrata da narcosi eterea e registriamo due morti; una volta la rachianestesia, con esito in guarigione; 8 volte l'anestesia generale eterea con 4 morti.

Non vogliamo dare un valore eccessivo alle cifre brute della statistica e non riteniamo che la narcosi eterea debba per sè sola essere imputata del maggior numero di morti; ma il solo fatto che noi 17 volte siamo riusciti a operare in anestesia locale, praticando le operazioni più complesse quali l'affondamento dell'ulcera con gastro-enterostomia e 4 larghe resezioni duodeno-gastriche, ci dice che l'anestesia di obbligo deve essere la locale.

**Drenaggio.** — In linea di massima il drenaggio nelle operazioni dell'ulcerata perforata è inutile e può essere nocivo.

Abbiamo drenato localmente in 2 casi nei quali fu riscontrato evidente un processo di peritonite purulenta circoscritta; e 4 volte abbiamo apposto un drenaggio nel Douglas, essendosi verificata una vera inondazione peritoneale di liquido dalla perforazione dell'ulcera. In tutti gli altri casi è stato chiuso totalmente e la guarigione si è sempre ottenuta per primam.

Ci sembra che tale nostra condotta sia stata ragionevole. Il drenaggio del Douglas costituito da un grosso tubo di gomma è stato fatto penetrare a tenuta o attraverso l'incisione per l'appendicecemia (due volte), o attraverso una piccola incisione ipogastrica, praticata sulla guida di una mano

introdotta nella ferita epigastica (2 volte). Esso dopo 24-48 ore veniva tolto definitivamente, il suo compito essendo stato assolto.

*Operazione.* — Il semplice drenaggio della perforazione all'esterno, l'affondamento variamente praticato, l'affondamento più gastro-enterostomia, e la resezione che va dalla limitata asportazione dalla zona ulcerosa sino alla estesa demolizione duodeno-gastrica, sono i vari procedimenti terapeutici che, a seconda dei casi e dei vari operatori, sono stati consigliati e praticati.

Il concetto dominante nell'ambiente ospedaliero romano e che io ho seguito nel maggior numero dei casi è di eseguire il semplice affondamento nella perforazione dell'ulcera gastrica e l'affondamento associato a gastro-enterostomia nella perforazione dell'ulcera piloro-duodenale. Tale concetto appare logico e proporzionato se si tiene conto che si opera su pazienti portatori di una lesione gravida di pericolo vitale, e se si pensa infine che col semplice affondamento dell'ulcera gastrica spesso si ha un buon risultato a distanza, e la gastro-enterostomia è l'operazione palliativa che ancora molti consigliano di praticare a freddo nell'ulcera del duodeno.

Noi abbiamo praticato l'affondamento semplice dell'ulcera nove volte con cinque morti, l'affondamento associato alla gastro-enterostomia 13 volte con 13 guariti, la resezione duodeno-gastrica 4 volte con un morto.

Abbiamo quindi, sia pure in piccola misura, esperienza dei vari procedimenti consigliati e adottati dai vari autori, per poter riassumere un giudizio finale sulla migliore condotta che nei singoli casi è da seguire.

La mortalità nostra globale è stata del 23,2%. Essa come appare dalla statistica, grava più sul tipo d'intervento più facile, più rapido e meno lesivo per il paziente, cioè sull'affondamento della perforazione. Gli è però che questo è stato praticato spesso nei casi più gravi, e quindi la maggiore mortalità è più in dipendenza della gravità dell'infezione peritoneale. Nei 17 casi invece in cui tale infezione non si era ancora manifestata, e nei quali fu praticato un intervento di ben più grave entità, la mortalità è stata eccezionalmente bassa, poco meno del 6%.

Questo ci dice che se noi cogliamo la perforazione nel momento buono, come per fortuna da alcuni anni in qua va sempre più avverandosi per la migliorata educazione diagnostica dei medici e il maggior senso di fiducia dei malati, noi chirurghi potremmo considerare la perforazione gastrica dell'ulcera quasi come una complicazione di un atto operatorio normale praticato per ulcera non perforata.

Da questa considerazione e dai risultati operatorii a distanza che verrò in appresso esponendo, sono stato indotto a praticare negli ultimi casi presentatisi alla mia osservazione, il tipo di operazione che va sempre più generalizzandosi nella cura dell'ulcera, e cioè la resezione duodeno-gastrica estesa.

I 13 pazienti operati di affondamento e gastro-enterostomia per ulcera piloro-duodenale perforata sono tutti guariti per primam e con decorso operatorio affatto normale. Però tutt'altro che favorevole è stato il risultato operatorio a distanza. 3 malati su 13 entro l'anno dalla operazione ci sono ritornati con una ulcera digiunale. Uno ricoverato in ospedale, essendo migliorato dopo alcuni giorni di degenza e l'esame radiologico essendo risultato

negativo, volle uscire; ma poco tempo dopo continuando a soffrire fu ricoverato nella Clinica chirurgica di Roma e quivi felicemente operato di resezione dal prof. Alessandri. Un secondo fu operato nel mio stesso reparto dal primario prof. Egidi, anch'esso felicemente di resezione, e un terzo veniva di urgenza a ricoverarsi all'ospedale, donde un anno prima era uscito felicemente guarito di una grave perforazione duodenale, e quivi decedeva un'ora dopo il suo ingresso, senza che fosse stato possibile apportargli alcun soccorso.

Il settore che praticò l'autopsia non potette precisare la causa mortis (non vi era liquido libero nell'addome, però stomaco e gran parte del digiuno erano fortemente ectasici e ripieni di liquido torbido). Fu trovato il duodeno normale, libero, e appena una sottile cicatrice lineare sulla sierosa testimoniava l'antica ulcera perforata e affondata; pervio il piloro, e l'anastomosi di aspetto e grandezza normale, ben funzionante; però alcuni centimetri al disotto di essa, nella parete posteriore dell'ansa efferente del digiuno un'ulcera quasi a stampo interessava tutto lo spessore del viscere sino alla sierosa, al punto che nel distacco di esso l'ulcera si rompe. La sindrome acuta che aveva ucciso il malato in 24 ore era consistita in vomiti continui e dolori di ventre, con grave stato di choc.

Tre casi quindi sicuramente constatati su 13 gastro-enterostomizzati fanno una proporzione del 24 % di ulcere digiunali, veramente preoccupante; tanto più se si pensa che l'ulcera digiunale è più grave senza confronto dell'ulcera dello stomaco e del duodeno, sia per i disturbi ed i pericoli che arreca, come per le difficoltà operatorie inerenti alla sua cura. Tale frequenza che apparirà inusitata a molti, ma che parecchi osservatori hanno già constatato (Henle trova una proporzione maggiore di ulcere peptiche, 4 su 15), io escludo si possa imputare alla nostra particolare tecnica, della gastro-enterostomia. Questa è stata sempre fatta con strumenti e materiale che tutti adoperano, e sempre verticale, ad ansa corta, posteriore, transmesocolica.

Del resto è ormai ora di far giustizia di tutte le ipotesi che vogliono spiegare con i pretesi difetti di tecnica della gastro-enterostomia la genesi dell'ulcera digiunale, altrettanto oscura e simile, quanto l'ulcera del duodeno e dello stomaco, mentre forse il grave difetto che da noi si commette in tali casi è proprio nel fatto della costituzione inopportuna, comunque attuata, di una via nuova agli ingesti e alle secrezioni dello stomaco.

Così stando le cose, io credo che la miglior condotta nelle ulcere perforate duodeno-gastriche sia: o il semplice affondamento con epiplooplastia, che mette il paziente al riparo della consecutiva peritonite mortale, o la resezione immediata che, senza essere neanche essa radicale nel senso etiopatogenetico che si vorrebbe, ci dà per lo meno, se attuata nella estensione che modernamente si consiglia le migliori garanzie di successo definitivo.

Nel singolo caso è questione di opportunità, di temperamento e di abilità tecnica. Ho la ferma convinzione che i miei 13 gastroenterostomizzati avrebbero egualmente bene sopportato la resezione. La recente statistica di Judine veramente impressionante per numero e risultati, e le molte altre di

Grader, Brütt, Henle, Paul, ecc., ecc., che di recente sono state pubblicate, sono una chiara conferma del mio asserto.

Dei nostri quattro pazienti resecati, uno era perforato da un'ora, uno da quattr'ore, uno da sei ore e uno da 10. Guarirono perfettamente per primam con decorso post-operatorio normalissimo i primi tre pazienti; morì (paziente cinquantenne) il 4° in 7ª giornata di peritonite circoscritta sotto-

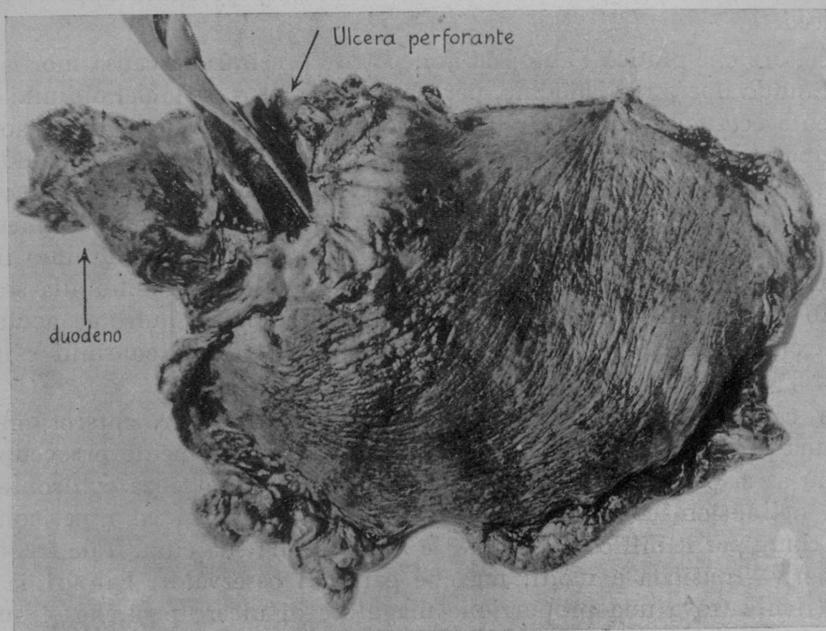


FIG. 1. — Resezione duodenogastrica per ulcera callosa perforata della piccola curvatura.

diaframmatica e pleurite sinistra. La resezione duodeno-gastrica è stata sempre estesa, e l'anastomosi trasmesocolica fu fatta due volte secondo Billroth 2, e 2 volte, termino-laterale semiorale, come pratica il prof. Egidi secondo il metodo Krönlein, Mikulicz modificato (1).

(1) Durante il tempo che il presente lavoro era in tipografia, ho operato altre 2 ulcere perforate. Una del reparto del prof. Margarucci al II padiglione del Policlinico di Roma, ove attualmente presto servizio; e l'altra del reparto del prof. Puccinelli, al I padiglione dello stesso Policlinico.

La prima era una ulcera della 1ª porzione del duodeno, con grande spandimento di liquido giallastro nell'addome, perforatasi da 6 ore. In anestesia locale fu fatta resezione duodeno-gastrica ampia, anastomosi secondo Krönlein-Mikulicz e fu applicato tubo di drenaggio a tenuta all'ipogastrio, suturando totalmente l'incisione epigastrica.

La seconda era una grossissima ulcera callosa della piccola curvatura, perforata da 2 ore, che lasciava defluire dalla larga perforazione materiale alimentare, ingerito alcune ore prime. Anch'essa fu trattata in anestesia locale con resezione duodeno-gastrica subtotale, anastomosi secondo Finsterer, e chiusura completa della parete, senza drenaggio.

Il 1° malato, guarito operatoriamente senza incidenti, decedeva in 13ª giornata quand'era in procinto di alzarsi, per embolia fulminante. Il 2° è normalmente guarito.

Non riteniamo però che la resezione nelle ulcere perforate sia da farsi come alcuni vorrebbero (Curt, Boehm, Heule, Judine), quasi sistematicamente. La resezione è un'operazione che va solo praticata se se ne possiede la capacità tecnica e se si può contare su una buona assistenza e non è certo da paragonarsi alla semplice gastro-enterostomia.

E però se l'operatore è allenato e il caso è recente e favorevole io concludo che la resezione estesa va consigliata più di quel che non si faccia, tanto più che essa rimane facilitata dal fatto che l'ulcera perforata acutamente è quasi sempre sulla faccia anteriore, libera da aderenze, e non confrontabile per difficoltà tecnica con l'ulcera perforata cronica, che ordinariamente aderisce al pancreas o al fegato.

Riserveremo la gastro-enterostomia a qualche caso, che riteniamo eccezionale in cui l'affondamento dell'ulcera si teme possa indurre una stenosi immediata grave al passaggio del cibo.

Roma, ottobre 1931.

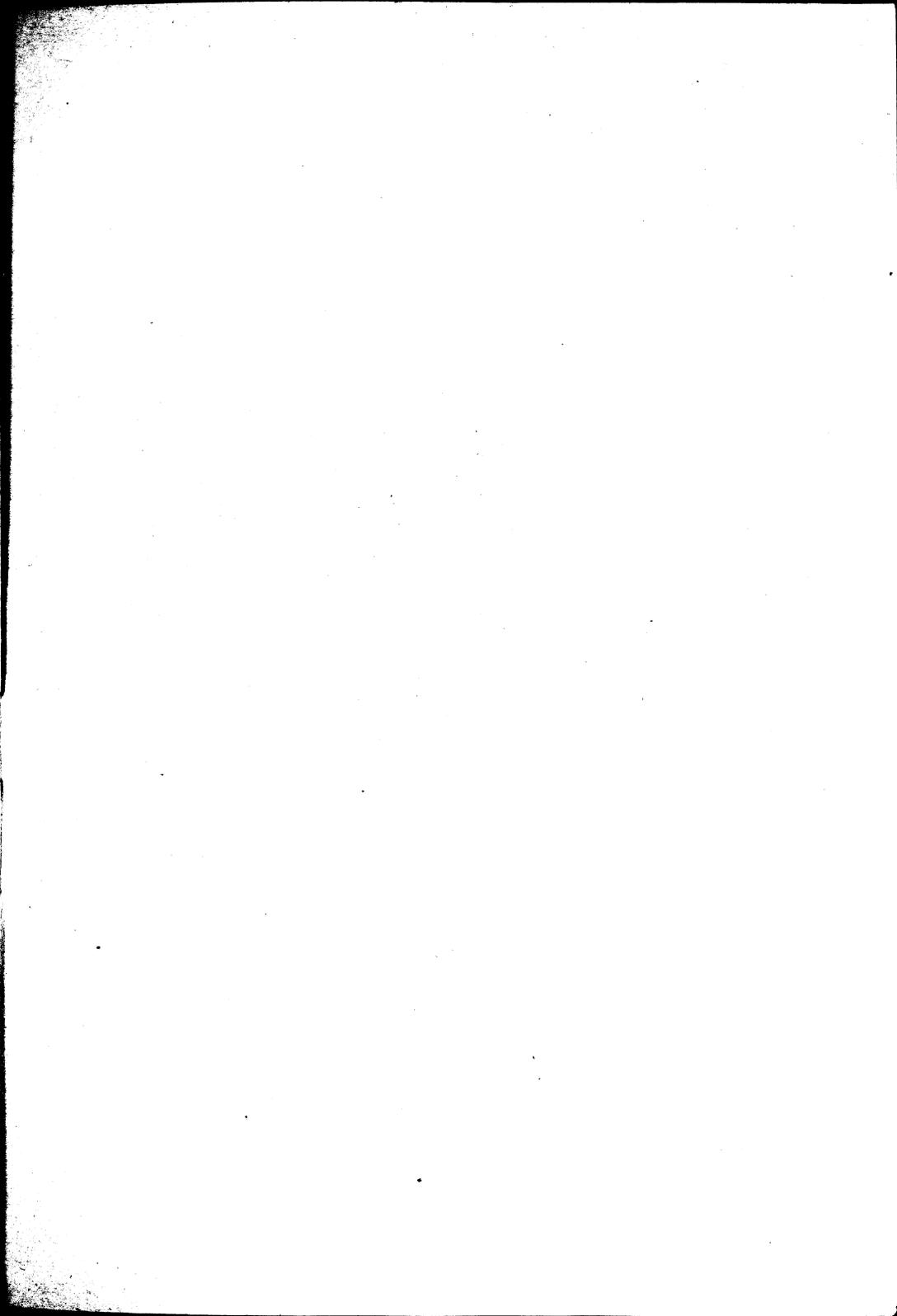
#### RIASSUNTO.

L'A. pubblica 26 casi di ulcere perforate dello stomaco e del duodeno, da lui personalmente operate col 23 % di mortalità globale, e ne riassume l'etiopatogenesi, la diagnosi e la prognosi, e la terapia usata con riguardo ai risultati operatori immediati e a distanza. Sconsiglia in linea di massima la gastroenterostomia complementare, per il pericolo delle ulcere peptiche digiunali; e ritiene si debba fare, nei casi recenti e favorevoli, la resezione duodenogastrica estesa, e in tutti gli altri, l'affondamento dell'ulcera perforata con epiplooplastia.

#### BIBLIOGRAFIA.

- H. NAUMANN. Arch. für Clin. Chir., fasc. 2-3, marzo 1926.  
 R. LEWISORN. Annals of Surgery, giugno 1928.  
 MEYER e BRAMS. The American Journal of the med. Sciences, 4 aprile 1926.  
 C. HENLE. Der Chirurg., 1° novembre 1930.  
 BAGER. Acta Chirurgica Scandinava, 1929, vol. LXIV.  
 GUILLEMINET et LATREILLE. Journal de Chirurgie, marzo 1929.  
 GIBSON. The Journal of the Amer. medic. Assoc., 6 ottobre 1928, p. 1006-8.  
 HÜTTER. Wiener Klinische Woch., maggio 1928.  
 F. DE AMESTI. Revista med. De Chile, maggio 1930.  
 A. SROTKINE. Revue de Chirurgie, 1928.  
 J. B. STENBUCK. Annale of Surgery, maggio 1927.  
 KORACH. Zentralblatt für Chir., giugno 1927.  
 A. ODELBURG. Acta Chirurgica Scandinava, luglio 1927.  
 KOTT. Fortschritte der mediz. 2 novembre 1926.  
 J. DUMBAR. The Glasgow medic. Journal, agosto 1926.  
 P. TEKELENBURG. Nederlandsch Tijdschrift voor sencewponde, gennaio 1927.  
 MASSA e BERTONE. Minerva Medica, luglio 1929.  
 PLEATON. Long. Island Medic. Journal, marzo 1929.  
 E. FORQUE. Revue médic. française, novembre 1927.  
 BARBERA. Policlinico, Sez. Chir., nov. 1930.  
 MOYNSHAM. Archivio Ital. di Chirurg., vol. XVIII, 1927.

- PUGLIESI ALLEGRA. Policlinico, Sez. Prat., 1930, n. 47.  
B. GUARALDI. *Ibid.*, 1930.  
HARTMANN. Chirurgia de l'estomac., Masson, 1926  
WILMOTH. Journal de Chirurgie, novembre 1930.  
CHABRUT. *Ibid.*, nov. 1931.  
JUDINE. *Ibid.*, ag. 1931.  
RICHARD. Zentralblatt für Chirurgie, gennaio 1931.  
A. GEBALLOS e O. GOMEZ. Boletines Trabajos de la Sociedad de Cirurgia de Buenos-Aires, noviembre 1930.  
H. DWOESAK. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, novembre 1929  
J. W. HINTON. Surgery, Gynecology and Obstetrics, marzo 1931, p. 778-83.  
W. BRANN. Der Chirurg., maggio 1931, p. 401-6.  
CURT BOEHM. *Ibid.*, 15 marzo 1931, p. 257-60.  
E. OLIANI. Il Policlinico, Sez. Chirurg., giugno 1931.
-



# " IL POLICLINICO "

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE  
fondato nel 1893 da Guido Baccelli e Francesco Durante  
diretto dai proff. CESARE FRUGONI e ROBERTO ALESSANDRI

Collaboratori: Clinici, Professori e Dottori Italiani e stranieri  
Si pubblica a ROMA in tre sezioni distinte:  
**Medica - Chirurgica - Pratica**

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

**LA SEZIONE PRATICA** che per sè stessa costituisce un periodico completo, contiene lavori originali d'indole pratica, note di medicina scientifica, note preventive, e tiene i lettori al corrente di tutto il movimento delle discipline suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono redatte da studiosi specializzati.

Non trascura di tenere informati i lettori sulle scoperte ed applicazioni nuove, sui rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, sui nuovi strumenti, ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formule.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici.

Contiene accurate recensioni dei libri editi recentemente in Italia e fuori.  
Fa posto alla legislazione e alla politica sanitaria e alle disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, nonché ad una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Prospetta i problemi d'interesse corporativistico e professionale e tutela efficacemente la classe medica.

Reca tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Cronaca varia, dell'Italia e dell'Estero.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgono al "Policlinico" per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica rubriche speciali e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli vengono richieste.

**LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO** per gli importanti lavori originali, per le copiose e svariate riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia più completi e meglio rispondenti alle esigenze dei tempi moderni.

ABBONAMENTI ANNUI	Italia		Estero
	—	—	
<b>Singoli:</b>			
1) Alla sola sezione pratica (settimanale) L.	58.80	L. 100	Il Policlinico si pubblica sei volte il mese. La sezione medica e la sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 48-64 pagine ed oltre, che in fine d'anno formano due distinti volumi. La sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32-36-40 pagine, oltre la copertina.
1-a) Alla sola sezione medica (mensile) . . .	50 —	» 60	
1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile) . . .	50 —	» 60	
<b>Cumulativi</b>			
2) Alle due sezioni (pratica e medica) . . .	100 —	» 150	
3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica) . . .	100 —	» 150	
4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgia) . . . . .	125 —	» 180	

Un numero della sezione medica o chirurgica L. 5; della pratica L. 3.50.

Il pagamento dell'abbonamento eseguito contro Assegno o Tratta Postale comporta L. 5 d'aumento

Gli abbonamenti hanno unica scadenza dal 1° gennaio di ogni anno

L'abbonamento è impegnativo per tutto l'anno, ma può essere pagato in due rate semestrali anticipate.

Indirizzare Vaglia postale, Chèques e Vaglia Bancari all'Editore del "Policlinico", LUIGI POZZI  
Uffici di Redazione e Amministrazione: Via Sistina, 14 — Roma (Telefono 42-200)