

Prof. MARIO DONATI

**INTERVENTO PER FISTOLA GASTRO-  
DIGIUNO-COLICA DA ULCERA PEPTICA  
IN GASTRO-ENTEROSTOMIZZATO  
PER ULCERA DUODENALE**

Estratto da

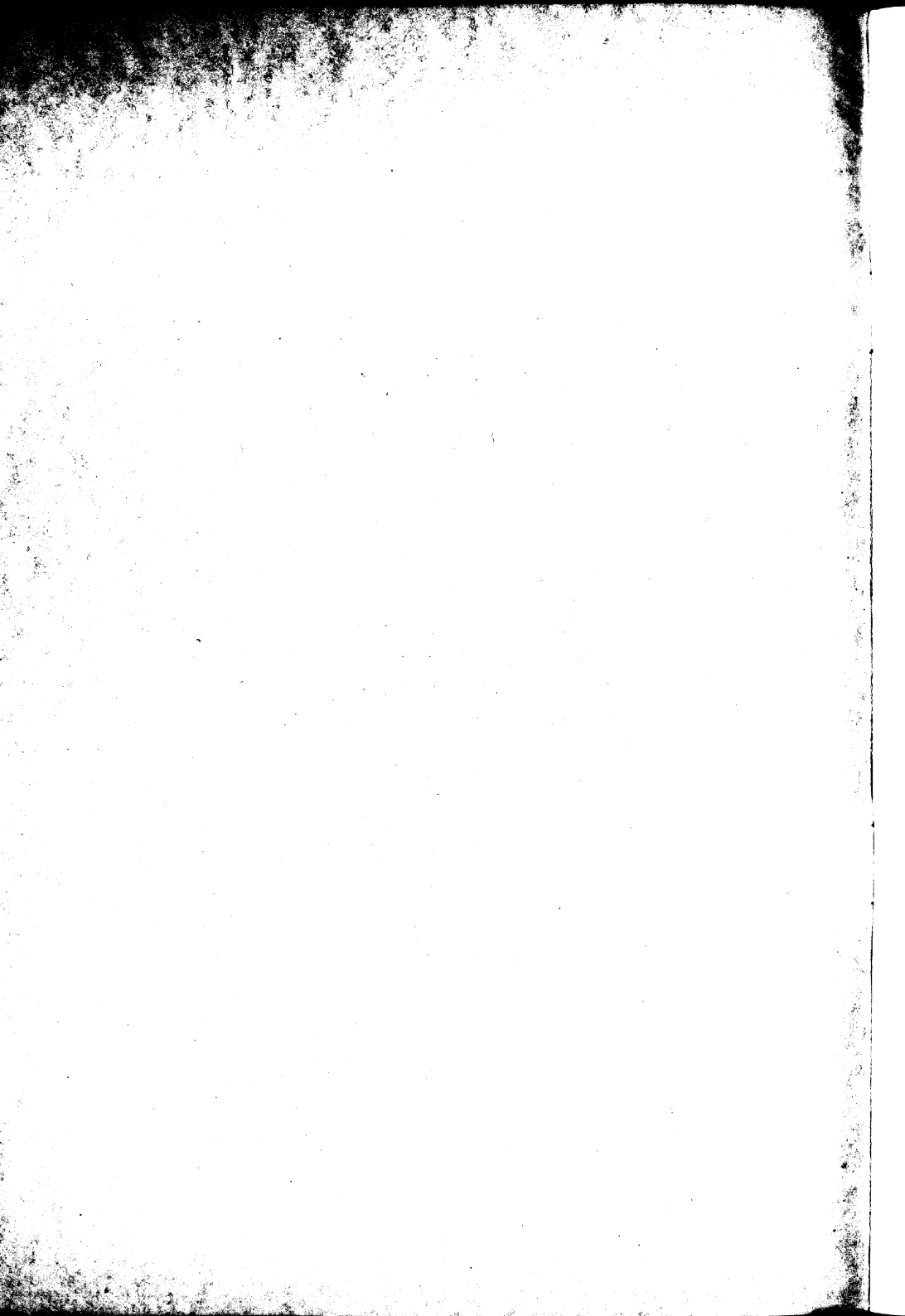
- Atti e memorie della Società Lombarda di Chirurgia -

Vol. II. - N. 16 - Seduta del 27 Luglio 1934 - XII

MILANO  
INDUSTRIE GRAFICHE ITALIANE STUCCHI  
1934

ATTI  
Soc. Lupa Ciro.

80  
B  
36



Prof. MARIO DONATI

INTERVENTO PER FISTOLA GASTRO-  
DIGIUNO-COLICA DA ULCERA PEPTICA  
IN GASTRO-ENTEROSTOMIZZATO  
PER ULCERA DUODENALE

Estratto da

“Atti e memorie della Società Lombarda di Chirurgia”

Vol. II. - N. 16 - Seduta del 27 Luglio 1934 - XII

MILANO

INDUSTRIE GRAFICHE ITALIANE STUCCHI

1934



## Intervento per fistola gastro-digiuno-colica da ulcera peptica in gastro-enterostomizzato per ulcera duodenale

Prof. MARIO DONATI

Nella seduta del 9 dicembre 1933, della Società Lombarda di Chirurgia, presentai un operato per ulcera peptica dell'ansa digiunale efferente penetrante nel colon trasverso, nel quale avevo eseguito la resezione dell'ansa anastomotica, la resezione del colon, l'anastomosi termino-terminale digiuno-digiunale e colon-colica, e infine la resezione gastro-duodenale con anastomosi orale inferiore antecolica.

Questo complesso intervento per ulcera peptica digiunale (si trattava di un operato di gastro-enterostomia nel 1922) diede occasione a un'interessante comunicazione del Dott. *Distefano* sul reperto anatomico di un caso di fistola gastro-digiuno-colica in seguito a gastro-enterostomia (seduta del 16 febbraio 1934), a una mia nuova comunicazione (seduta del 2 marzo) su un caso successivo di resezione gastro-digiuno-colica per ulcera peptica digiunale postoperatoria interessante il colon, a un contributo portato dal Prof. *V. Ferrero* nella seduta del 13 aprile su una resezione digiuno-colica per ulcera peptica postoperatoria, completata con una gastro-entero-anastomosi antecolica sull'antro pilorico, a una comunicazione infine del Prof. *Pignatti* nella seduta dell'11 maggio ultimo scorso sopra tre casi di resezione gastro-digiuno-colica per ulcera peptica postoperatoria, completata da un

interessante contributo del *Parino* sull'aspetto radiologico delle fistole gastro-digiuno-coliche da ulcera peptica postoperatoria.

Ritengo perciò opportuno riferire ancora alla Società di un nuovo caso, caduto di recente sotto la mia osservazione, nel quale la linea di condotta operatoria ha potuto essere molto diversa da quelle descritte nelle recenti comunicazioni, pur trattandosi di un caso particolarmente grave.

Si tratta di un industriale di 38 anni, *M. C.* di Schivenoglio (Mantova), il quale era stato operato nel luglio 1928 dal collega *Schiassi* a Bologna per ulcera gastrica datante da 4-5 anni.

L'operazione eseguita è stata una gastroenterostomia transmesocolica posteriore orizzontale, ad ansa afferente relativamente lunga (circa 30 cm.), come potei constatare durante l'atto operatorio da me eseguito.

Il paziente stette bene per circa 5-6 mesi, allorché improvvisamente fu colto da violenti dolori a sede periombellicale, accompagnati da nausea, vomito e sudori freddi. La crisi fu di durata relativamente breve, se anche molto acuta, ma da allora, salvo qualche breve periodo di remissione, non cessò mai una sintomatologia adominale consistente in dolori periombellicali, insorgenti a circa tre ore dopo i pasti, accompagnati da senso di nausea, e più raramente da vomito. Frequenti i periodi diarroici, con emissione di sostanze piuttosto chiare, che l'ammalato non ha particolarmente esaminato.

Con l'andare del tempo l'ammalato è deperito, ad onta di cure fatte, particolarmente a base di alcalini, e di cure generali. Inoltre negli ultimi tempi egli ha notato vomiti di sostanze fetide con odore fecale, vomiti che si presentavano più o meno frequenti.

Un esame radiografico eseguito a Bologna circa 15 giorni prima della mia osservazione aveva dimostrato l'esistenza di una fistola digiuno-colica. Anche a noi la dimostrazione di un'ampia comunicazione esistente fra colon, digiuno e stomaco fu relativamente facile.

Premetto che il paziente si presentava estremamente magro, con addome tumido. Esistevano una cicatrice xifo-ombellicale mediana abbastanza regolare e un'altra cicatrice irregolare nella regione mesogastrica sinistra residua — pare — all'apertura di un ascesso svoltosi nell'immediato decorso postoperatorio. Si vedevano all'ispezione anse del tenue in continuo movimento peristaltico ipercinetico, e si udivano continui borborigmi. Tutto l'epigastrio ed il mesogastrio erano occupati da una zona timpanica, nella quale si confondevano timpanismo gastrico e timpanismo apparentemente colico, con enorme guazzamento.

Con tutto ciò buona la sanguificazione (Hb 69, Gl. R. 5.200.000; Gl. B. 5600) e buone le condizioni funzionali dei vari organi.

Dato il precedente reperto radiologico e le osservazioni del *Parino*, confortate dal giudizio del *Vespignani*, dimostranti che, quando ci sia sospetto di ulcera peptica gastro-digiuno-colica, è utile norma quella di fare un clistere opaco; tenuto conto anche che questa è la



Fig. 1.

opinione generale dei radiologi, che hanno avuto l'occasione di studiare casi del genere, tranne condizioni particolarmente favorevoli (*Janson*, *Bigliardi*), ho cominciato per l'appunto col fare eseguire l'esame radiologico con clisma. Abbiamo osservato che la sospensione bariatata, distesa l'ampolla rettale, il sigma (ampio e lungo) e il discendente, sorpassata infine la flessura splenica, appena percorsa rapidamente metà del trasverso, improvvisamente penetrava nello stomaco. Impossibile stabilire con precisione la sede della fistola, per il rapido diffondersi nel mezzo di contrasto anche nel tenue, così da rendere oltremodo difficile l'esame distinto dei vari segmenti intestinali. Particolarmente interessante, come si vede dalla radiografia (fig. 1),

il riempimento completo dello stomaco, come se fosse stato somministrato un abbondante pasto per os. Apparentemente il colon comunicava pressochè direttamente con lo stomaco, con l'intermediario di un breve tratto di digiuno.

Anche dopo ripetute evacuazioni, il quadro radiologico rimase confuso per la diffusione del mezzo di contrasto nelle varie sezioni del tubo digerente.

Feci in seguito somministrare anche un pasto opaco. Lo stomaco presentava pliche mucose disordinate e poco evidenti. Nel punto più declive della grande curvatura il bario penetrava nella bocca della gastro-enterostomia, che funzionava ampiamente. In un primo tempo non si è notato passaggio del mezzo di contrasto nel colon, ma a riempimento più cospicuo si è osservata improvvisamente l'iniezione del tratto prossimale del trasverso. Indecisa tuttavia rimase ancora la determinazione dell'esatta sede della fistola, per quanto sia sembrato a volte di osservare un deflusso dall'ansa digiunale efferente al colon. Rapido lo svuotamento gastrico.

Nel periodo di osservazione, ho potuto constatare la gravità dei disturbi di circolo intestinale, che esistevano nell'ammalato. Il materiale colico, se non era già sufficientemente solido, nel qual caso probabilmente con maggiore facilità passava dalla parte afferente all'efferente del trasverso, refluiva con estrema facilità nell'ansa digiunale, per cui si aveva un ritorno del contenuto colico nel tenue, e, per la immediata vicinanza, refluiva pure nello stomaco, dove talora si accumulava al punto da determinare i vomiti con carattere speciale. Così, avendo io somministrato l'olio di ricino per la preparazione all'intervento, ho potuto osservare, che, dopo una prima scarica, l'ammalato ebbe così copioso reflusso di contenuto intestinale nello stomaco, da vomitare, in 2-3 riprese, parecchi litri di materiale fecale liquido.

I lavaggi dello stomaco, accuratamente fatti prima dell'intervento, hanno dovuto essere abbondanti e ripetuti, e asportavano copioso materiale intestinale, prima di giungere a ottenere una completa detersione.

Con questa preparazione, sono giunto all'intervento, che esegui il 27 giugno u. s. in anestesia locale con novocaina e vasopressina previa iniezione di eucodal.

Eseguita la laparotomia xifo-ombellicale e dissociate prudentemente, o resecate, le molteplici aderenze, ho potuto accertare una grossa e vecchia ulcera callosa duodenale con grandissima cicatrice ombellicata stenosante. Stomaco assai ampio, a pareti forse alquanto più spesse del normale. Cospicuo blocco aderenziale gastro-digiunocolico. Anastomosi gastro-digiunale transmesocolica posteriore, a bocca, come dissi, orizzontale. Ansa lunga, ma di aspetto normale. Bordi dell'anastomosi regolari, un po' rigidi forse, senza traccia di ulcerazione.

Invaginando nella anastomosi la parete gastrica anteriore, l'ho

riconosciuta permeabile alla punta di due dita riunite, ma, subito sotto l'anastomosi gastro-digiunale, il digiuno era fuso col colon trasverso ed esisteva un'ampia comunicazione della larghezza di circa cm. 3,5-4 fra colon e digiuno. I margini erano callosi, duri, particolarmente verso il lato sinistro dell'apertura, in vicinanza alla bocca anastomotica gastro-digiunale. Vi era dunque stata un'ulcera peptica dell'ansa digiunale efferente subito sotto la gastro-digiuno-stomia, che si era largamente perforata nel colon trasverso.

Procedendo con delicatezza, ho potuto finire con l'isolare perfettamente il segmento digiuno-colico fistolizzato, tanto che, piuttosto che ricorrere, come nei casi precedenti, alle multiple resezioni, tenuto conto e delle precarie condizioni del paziente e del buono stato della gastro-digiuno-anastomosi, ho giudicato opportuno un intervento eminentemente conservatore.

Divisi pertanto i due visceri, mi sono residue sull'ansa efferente e sul colon, in particolare sulla prima, due breccie assai ampie, che la recentazione dei bordi callosi ha reso ancora più vaste, ma che ho giudicato possibile di richiudere separatamente con sutura, ricostituendo i lumi sia del digiuno che del colon.

Ho potuto di fatto suturare dapprima in direzione trasversale con due piani della mia solita sutura il colon trasverso, riuscendo anzi, per le modalità anatomiche della breccia, a ricostituire un lume, anche di maggiore ampiezza del normale, la linea di sutura essendo riuscita a direzione un poco obliqua. E lo stesso si dica per l'ansa digiunale, la cui sutura è riuscita più indaginosa per la maggiore vastità della breccia e per la vicinanza della bocca della gastro-entero-stomia.

Mi è parso tuttavia che la ricostituzione dei visceri fosse riuscita così perfettamente da poter concludere senz'altro l'intervento chiudendo completamente a strati la ferita laparatomica. Lasciai soltanto un piccolo tubo di gomma, che fu poi tolto la terza giornata, e la guarigione avvenne senza la più piccola turba postoperatoria con perfetta ricanalizzazione intestinale, tanto che l'ammalato poté ritornarsene guarito a domicilio 15 giorni dopo l'intervento e oggi, a un mese di distanza, mi scrive che sta bene ed è cresciuto 4 kg. di peso dopo il suo ritorno a domicilio.

★ ★

È stato affermato anche qui, in seguito alla mia comunicazione, come l'intervento debba fatalmente essere particolarmente complesso nell'ulcera peptica, quando è complicata da fistola colica. Si ritiene generalmente che l'intervento debba essere radicale, nel senso che sia demolitore della ana-

stomosi, quindi di un tratto di stomaco e di digiuno, ed inoltre del tratto di colon, che è sede della fistola.

Giustamente il *Pignatti* osservava che il semplice distacco della anastomosi col fondo dell'ulcera dal colon, seguito da sutura dell'apertura colica, in generale non è possibile, perchè per lo più il processo infiammatorio infiltra estesamente la parete, e il tessuto così alterato si presta male alla sutura, che corre il pericolo di deiscenza secondaria.

In altri casi invece la fistola può essere così vasta da non consentire, anche se non sono infiltrate le pareti, la sutura, senza pericolo di stenosi.

Queste sono difatti osservazioni giuste ed io stesso ho dovuto ricorrere nei due casi precedenti all'intervento demolitore e ricostruttivo successivamente. E tuttavia interessante dimostrare come in certi casi sia possibile risolvere il problema con interventi relativamente semplici.

Che il colon possa in casi di fistola essere distaccato e chiuso separatamente, era già stato osservato da tempo. Ad esempio *Alessandri*, nelle sue « *Note cliniche sull'ulcera peptica postoperatoria* » pubblicate nel 1925 sul volume XIII dell'« *Archivio Italiano di Chirurgia* », scritto in onore di *Carle*, cita 2 casi, in cui vi era la grave complicazione di una fistola nel colon trasverso. Nell'operazione egli reseccò il tratto di digiuno sede dell'ulcera, riunì poi capo a capo, ed eseguì una nuova gastroenterostomia; non dunque una resezione gastro-digiuno-colica; per ciò che riguarda il colon, lo distaccò, provvedendo alla chiusura della parete perforata. Questo egli fece in ambo le volte con semplice sutura a due piani in senso trasversale, per evitare stenosi, rinforzandola con plastica omentale. Egli ritenne che non fosse necessario escidere o resecare il colon, così sottratto a qualunque azione peptica consecutiva. Dei due casi, uno ebbe esito infuato in undicesima giornata per sintomi di peritonite acuta, che risultò all'autopsia dovuta a un punto mancato della su-

tura della gastro-enterostomia, mentre quella del colon teneva. Nell'altro caso il risultato fu buono.

Ora nel mio caso l'ulcera peptica come tale era scontata, perchè ormai passata a cicatrizzazione: provvisto alla ricostituzione del colon, sarebbe stato perfettamente inutile procedere ad una resezione gastro-digiunale, per farla seguire da digiuno-digiunoanastomosi termino-terminale, e nuova gastro-digiunostomia. Ma io ho citato i casi di *Alessandri*, semplicemente per rammentare come la sutura di una fistola colica, anche ampia, da ulcera peptica sia stata eseguita anche presso di noi, e con successo.

Importante a questo riguardo è la questione, che da taluni è stata evidentemente ipervalutata, della opportunità di stabilire una cecostomia preliminare. Non parlo di questo intervento a scopo diagnostico, come può essere forse in eccezionali casi indicato da sintomi occlusivi, ma parlo della cecostomia eseguita a diagnosi sicura, come hanno fatto ad es. il *La Gravinese* e il *Colucci*, il quale ultimo scrive che « la cecostomia, come intervento preparatorio nella cura della fistola gastro-colica, risponde a tutti i postulati della sana chirurgia del grosso intestino, e meraviglia anzi che in tali casi l'ano cecale non sia stato più largamente praticato ».

Il vantaggio della cecostomia sarebbe di mettere a riposo la fistola con miglioramento della lesione della mucosa gastrica e colica, diminuzione dell'infiltrazione infiammatoria e diminuzione della sproporzione di calibro fra i due segmenti colici, possibilità di eseguire l'intervento in campo meno settico e con maggiori probabilità di successo.

Tutto ciò teoricamente può essere vero e — ripeto — in caso che si dovesse osservare una sintomatologia occlusiva, potrebbe anche essere un'operazione, oltrechè logica, di necessità. (A meno che non venisse l'idea, che è sorta nella mente di *Hinrichsen* della clinica di *Voelker*, di insufflare nel retto il fumo di sigaro per vederlo dopo 40-50" uscire dalla bocca del paziente con una eruttazione di caratteristico odore!).

Che la cecostomia però debba costituire sempre il primo tempo nella cura della fistola gastro-colica è evidentemente esagerato affermare.

Il decorso ideale del mio caso dimostra che la sutura del colon può essere eseguita senza pericolo di deiscenza, anche senza precedente ano cecale, e dimostra altresì che, allorchè può essere eseguito il distacco del digiuno e del colon e vi sono le condizioni permissive per una sutura a due piani, questa, qualora venga fatta con buona tecnica e senza restringimenti del lume, dà più che sicuro affidamento di buoni risultati.

*(Dall'« Istituto di Clinica Chirurgica Generale » della R. Università di Milano, diretto dal Prof. M. DONATI).*

#### RIASSUNTO

L'A. riferisce un caso di fistola gastro-digiuno-colica da ulcera peptica in gastro-enteroanastomizzato per ulcera duodenale, in cui le condizioni precarie del paziente ed il buono stato della gastro-enterostomia lo hanno indotto, a differenza di altri casi, in cui è stata necessaria la resezione gastro-digiuno-colica, a conservare la gastro-enteroanastomosi, a dividere il colon dal digiuno e a suturare separatamente le due breccie, restaurando i lumi rispettivamente del colon e del digiuno.

70640





