

594

Maggio

OSPEDALE CIVILE «C. e G. MAZZONI» DI ASCOLI PICENO

REPARTO CHIRURGICO E OSTETRICO

DIRETTO DAL PRIMARIO DOTT. FRANCO STIPA

RELAZIONE
CLINICO STATISTICA
QUADRIENNALE

FEBBRAIO 1938 - FEBBRAIO 1942

per il Dott. FRANCO STIPA



80
B
53

ASCOLI PICENO 1942-XXI - CASA EDITRICE DI GIUSEPPE CESARI

OSPEDALE CIVILE «C. e G. MAZZONI» DI ASCOLI PICENO

REPARTO CHIRURGICO E OSTETRICO

DIRETTO DAL PRIMARIO DOTT. FRANCO STIPA

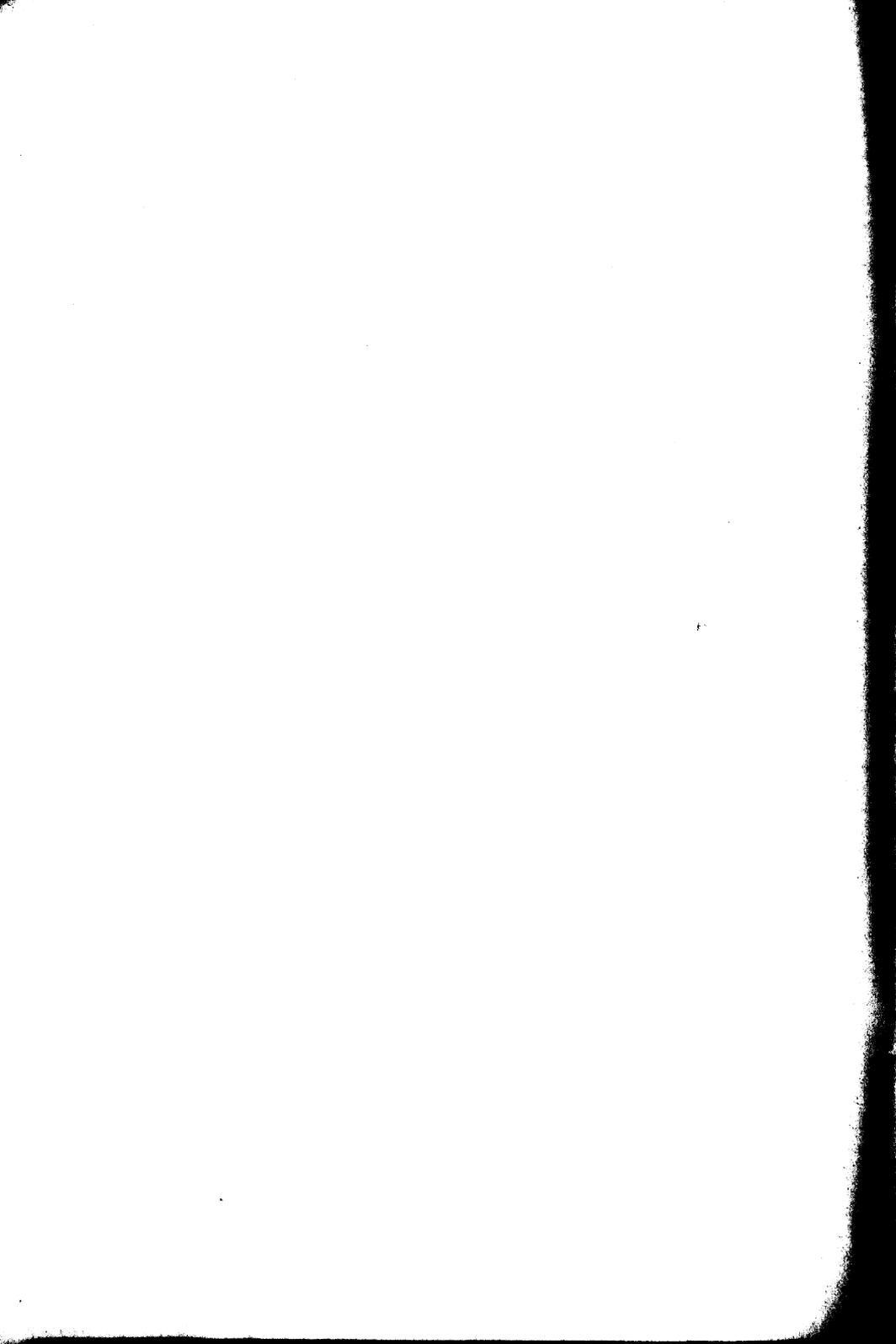
RELAZIONE
CLINICO STATISTICA
QUADRIENNALE

FEBBRAIO 1938 - FEBBRAIO 1942

per il Dott. FRANCO STIPA

80
B
53

ASCOLI PICENO 1942-XXI - CASA EDITRICE DI GIUSEPPE CESARI



Illmo Signor Presidente dell'Ospedale Civile

di Ascoli Piceno

Questa relazione riassume in modo assai breve il lavoro compiuto da me e dai miei Assistenti nel periodo di 4 anni.

Si tratta di un lavoro non indifferente.

Circa 4350 operazioni; 1300 tra fratture e interventi minori.

Parecchie migliaia di medicature.

Migliaia di visite di Ambulatorio.

L'assistenza a un totale di circa 9000 ricoverati tra malati chirurgici e ostetrici.

Abbiamo cercato di fare del nostro meglio per ottenere i risultati più efficaci nella cura dei malati e per corrispondere alla fiducia che l'On.le Amministrazione ha riposto in noi.

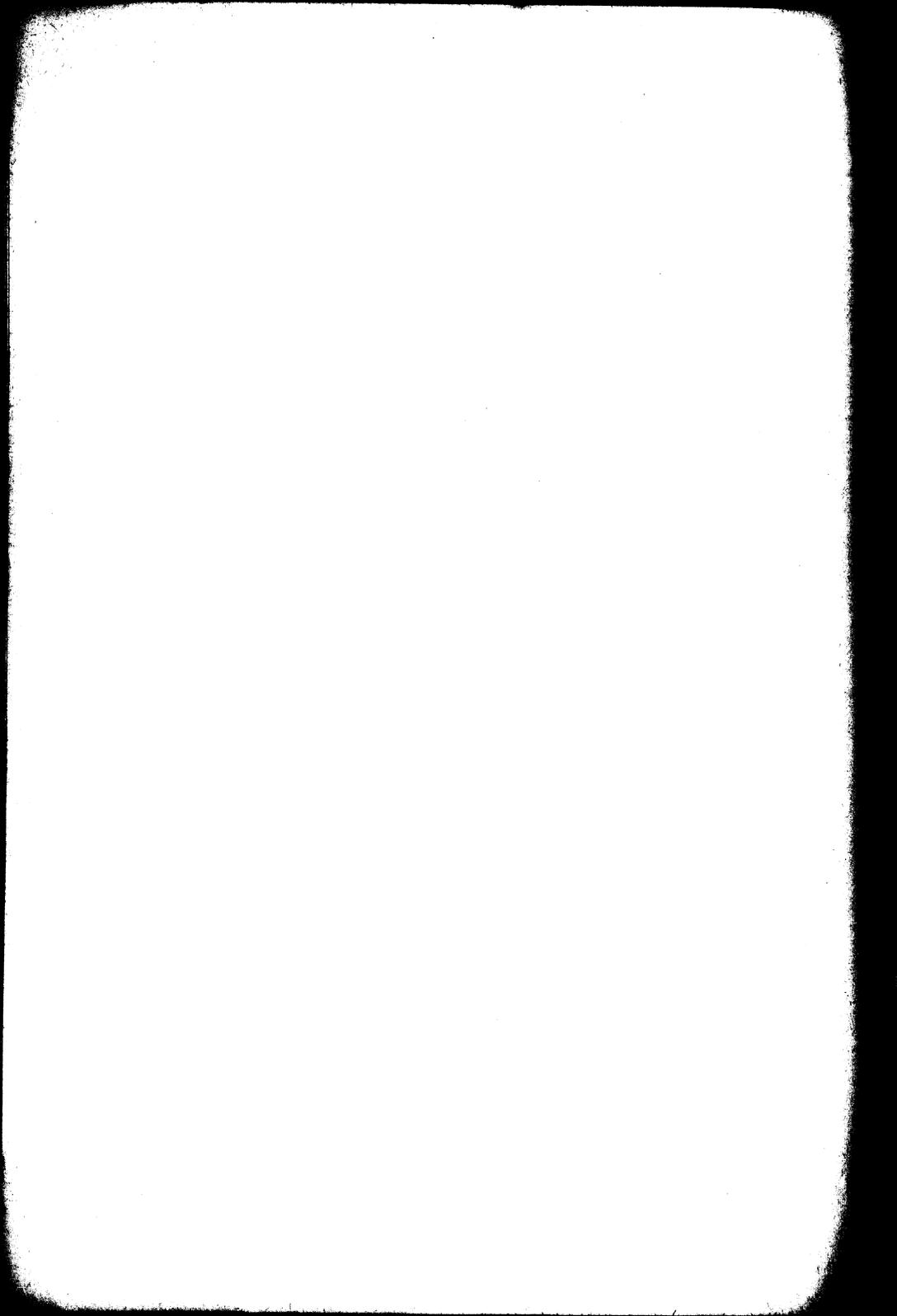
Con l'augurio che possiate sempre migliorare il Reparto, e ovviare presto alle manchevolezze segnalate (bisturi elettrico, aspiratore e cistoscopio operatore), Vi inviamo il nostro deferente saluto.

FRANCO STIPA

Sintetizzare il lavoro compiuto da me e dai miei assistenti durante il primo quadriennio del mio primariato nell'Ospedale di Ascoli Piceno, oltre che corrispondere ad una abitudine, costituisce un dovere da assolvere verso l'Amministrazione ospedaliera.

Per contenere questa relazione nei limiti di un riassunto, che non assuma proporzioni troppo grandi, dovremo limitarci ad osservazioni di indole generale, soffermarci solo su alcuni capitoli di maggiore interesse.

Desideriamo, prima di iniziare la rassegna, ricordare con affetto e riconoscenza i nostri Maestri, proff. Oreste Magliucci e Guido Egidi.



PARTE GENERALE

Il Reparto di Chirurgia dell' Ospedale Civile « Costanzo Mazzone » si compone di due Sezioni: maschile e femminile; la Sezione maschile è composta di 4 corsie della capienza totale di 45 letti; quella femminile di 6 corsie, della capienza di 40 letti. Due corsie nel Reparto maschile e tre nel Reparto femminile, sono riservate ai casi di chirurgia asettica.

Due camere sono adibite al Reparto isolamento, in attesa che questo Reparto sul quale l'Amministrazione sta lavorando, venga ultimato.

Esistono 9 camere per i così detti dozzinanti di 1^a classe. Aggregato al Reparto Chirurgia è il Reparto di Ostetrico, composto, oltre che dalla Sala da parto, di tre corsie con complessivi letti 14. È ultimato e prossimo a funzionare il nuovo Reparto ostetrico, costruito con criteri moderni.

Esiste una camera operatoria, ricostruita recentemente secondo i moderni criteri; e oltre alla camera di medicazione, una camera per la chirurgia settica.

Gli impianti per la sterilizzazione funzionano tutti elettricamente.

L'accettazione dei malati avviene in minima parte per trasferimento dal Reparto Medicina; in massima parte per accettazione di malati provenienti dall'esterno e provvisti del certificato della Mutua dell'Industria, o di quello dell'Agricoltura, o di quelli del Comune di origine, o dell'Infail, o di urgenza.

Poichè l'Ospedale non è provvisto di una sala di Deposito per malati provenienti dall'esterno, la distribuzione nelle sale di medicina e di chirurgia è affidata ai medici di guardia esterna, i quali seguono criteri stabiliti dal regolamento sanitario dell'Ospedale. Sarebbe molto desiderabile, a mio modo di vedere, la istituzione di sale di deposito e di osservazione per malati provenienti dall'esterno. Ciò eliminerebbe non pochi inconvenienti, sia di indole amministrativa che tecnica.

Il servizio sanitario del reparto è assicurato, accanto al Primario, da un Aiuto e da un Assistente effettivo. C'è spesso qualche assistente praticante. Il servizio del personale infermiere è disimpegnato da tre suore capo-reparto (uomini, donne, e camera operatoria), due suore di notte, nonchè da infermieri e infermiere. Quest'ultimo personale è reclutato con i vecchi sistemi: bisogna riconoscere però che la lunga pratica ha creato di molti di essi dei buoni elementi.

Per le indagini chimiche e citologiche ha sempre egregiamente funzionato il Laboratorio dell'Ospedale diretto dal dott. Cantalamessa, Medico Primario. Per le indagini istologiche, biologiche, culturali, abbiamo la collaborazione del prof. Vernoni, Direttore dell'Istituto di Patologia Generale della Università di Roma.

Le molteplici ricerche radiologiche sono state eseguite nell'Istituto radiologico dell'Ospedale dal prof. Cristofanetti.

Accennerò da ultimo che il Direttore dell'Ospedale e Primario Medico, dott. Vittorio Cantalamessa, ha saputo così bene organizzare un centro di datori di sangue, che, qualunque medico in città o in provincia vuole eseguire d'urgenza una trasfusione di sangue puro, trova in ogni momento pronti all'ospedale datori di sangue e materiale occorrente per eseguirla.

Il numero degli interventi operatori come si è accennato è stato di circa 4.350; da questi sono esclusi 1.300 tra fratture e interventi minori; da questi escluse ancora le trasfusioni di sangue, le cistoscopie, le iniezioni sclerosanti per varici, ecc. ecc.

Gli interventi saranno riuniti in gruppi in rapporto alla loro sede.

Non faremo che accennare ad alcuni argomenti, di indole generale, quali la sterilizzazione, la anestesia, il materiale da sutura, il trattamento post operatorio, le complicazioni.

Alla sterilizzazione del materiale presiede la Suora capo del reparto operatorio. I guanti sono sterilizzati a secco.

È sempre pronta una spasetta, sterilizzata anche questa a secco, contenente tutti gli strumenti necessari per qualunque intervento d'urgenza; il che ho trovato di una grandissima utilità in diverse contingenze.

Per ciò che concerne la disinfezione delle mani, utilizziamo (dopo lavaggio con acqua e sapone) l'alcool a 75°. La disinfezione della cute del paziente è fatta con tintura di jodio al 10 0/0.

Riguardo alla anestesia, teniamo in genere questa via di condotta: negli interventi sul capo, faccia e collo abbiamo quasi costantemente ado-

perato l'anestesia locale o regionale con novocaina al 0,50% o all'uno %; così anche per il torace, compreso qualche caso di epiteloma mammario in donne magre.

Negli interventi sullo stomaco sempre anestesia locale, preceduta da due iniezioni di dilaudid senza scopolamina, un'ora e mezzo prima e mezz'ora prima dell'intervento. Negli interventi sul fegato e sulle vie biliari adoperiamo quasi sempre l'anestesia generale eterea colla maschera di Ombredanne che ha funzionato sempre egregiamente. Negli interventi sull'appendice il più frequentemente lieve anestesia eterea, qualche volta locale, qualche volta lombare. In quelli sulla vescica e prostata, anestesia locale ed epidurale; in quelli per ernia, anestesia locale, rachidea o generale a seconda della varietà di ernie, età del malato condizioni generali ecc.; in quelli sui genitali maschili anestesia locale; negli interventi sugli arti inferiori anestesia rachidea o locale. Su questo argomento torneremo parlando dei singoli gruppi di operazioni.

Qualche volta abbiamo usato l'anestesia evipanica; non troppo spesso però, perchè dà fenomeni di grande eccitazione al risveglio.

L'anestesia rachidea non ci ha mai dato alcun grave inconveniente (adoperiamo la soluzione al 4% della casa Bayer); ne iniettiamo 10-12 centigrammi, facendo precedere una iniezione di efedrina associata ad olio canforato. Una sola volta abbiamo notato una paralisi del 6° paio, che guarì dopo sei mesi; qualche volta ma piuttosto raramente abbiamo notato cefalea che combattiamo con iniezione di caffeina e dosi ripetute di piramidone. Qualche volta abbiamo osservato ritenzione d'urina che ha ceduto con iniezione endovenose di urotropina, o con iniezioni di stricnina.

Anche delle narcosi eteree con maschera di Ombredanne siamo pienamente soddisfatti. Mai un incidente serio. Abbiamo osservato talvolta focolai di congestione polmonare risolti tutti rapidamente, ad eccezione di un ernioso cinquantenne morto in settima giornata.

Come materiale di sutura (anche nelle suture gastriche) adoperiamo esclusivamente Catgut (di Kuhn). Seta e grappette per la pelle. Le grappette sono tolte in quinta giornata, i punti di seta dopo otto dieci giorni.

Per ciò che riguarda il trattamento postoperatorio, sarà dato qualche dettaglio nella parte speciale.

I pazienti operati alla testa, collo, torace, qualora le condizioni generali lo permettano, sono fatti alzare precocemente (due o tre giorni dopo l'operazione). I laparatomizzati si fanno di solito alzare all'undicesimo, dodicesimo giorno, esclusi gli appendicitici che si fanno alzare all'ottavo giorno.

Si raccomanda di fare esercizi respiratori, specie dopo quelle operazioni che l'esperienza insegna predispongono maggiormente alle complicazioni bronco polmonari; e per vincere il dolore, che di solito si oppone a che i pazienti possano eseguire profonde escursioni respiratorie si fa uso abbastanza largo di morfina. Specialmente in questi pazienti viene fatta tenere una posizione semi-seduta, non appena ciò è possibile.

Si ha cura che la bocca sia mantenuta pulita.

Anche per le complicazioni postoperatorie ci riserviamo di trattarne a proposito sui singoli capitoli accennando qui solo ad alcune. Abbiamo già accennato alle cefalee dopo puntura lombare. In genere hanno ceduto alla caffeina ed al piramidone, qualche volta alle iniezioni endovenose di acqua distillata; rarissimamente si è ricorso alla reiniezione del liquor. Abbiamo già anche accennato alla ritenzione d'urina.

Abbiamo osservato una sola volta l'eventramento; dopo un taglio cesareo; fu potuto però reintervenire subito e la malata guarì. A questo proposito diremo che la sutura della aponeurosi viene sempre fatta con punti staccati a croce, che realizza un piano robutissimo.

Cinque volte abbiamo notato flebiti uni o bilaterali degli arti inferiori.

Accenneremo alle complicazioni infettive specie quelle bronco-polmonari, nei vari capitoli della parte speciale.

Abbiamo avuto cinque casi di embolie; uno non mortale dopo colecistectomia per calcoli, trattato con dosi massive di eupaverina, quattro rapidamente mortali, in cui l'eupaverina non ebbe alcun effetto; uno dopo salpingectomia, un secondo dopo colpoperineoplastica, un terzo dopo ernia inguinale, un quarto dopo appendicite perforata.

PARTE SPECIALE

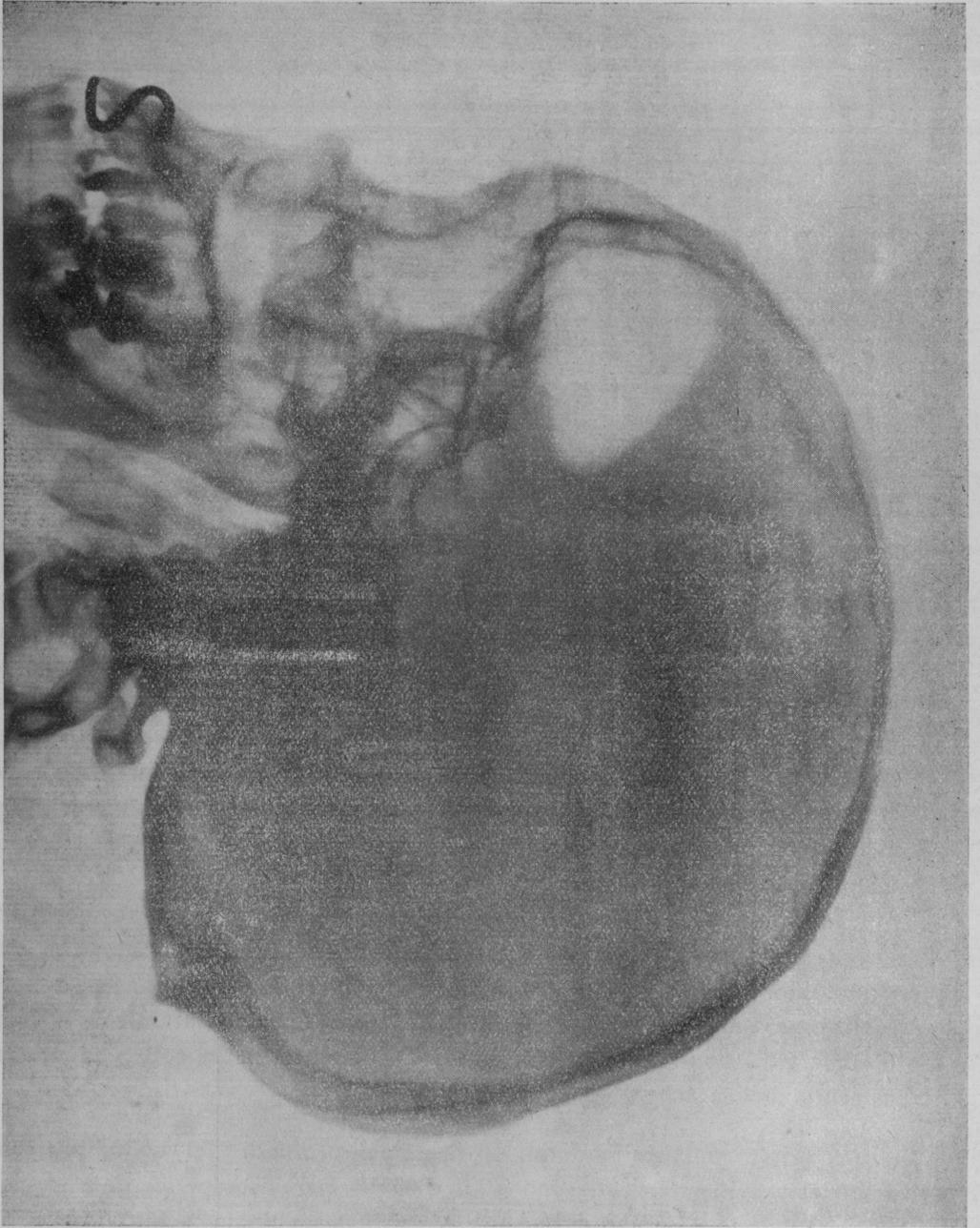
1. - TESTA E COLLO.

Traumi: Sono stati eseguiti cinque interventi per fratture avvallate esposte della volta cranica. Abbiamo avuto la fortuna di intervenire a non molta distanza dal trauma ed abbiamo seguito la direttiva di escidere i margini cutanei, asportare i corpi estranei (capelli ecc.) sollevare la volta cranica, chiudere la meninge (che in tre casi era lesa), chiudere poi totalmente la pelle. I risultati sono stati buoni in tutti e cinque i casi.

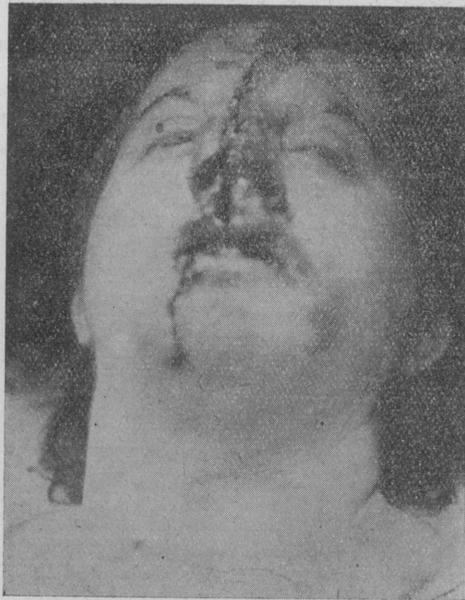
Due volte siamo intervenuti per compressione da ematoma extradurale; in un caso abbiamo avuto buon esito, in un altro cattivo. In un terzo caso che presentava sintomatologia da compressione abbiamo trovato un ematoma extra ed intradurale. Il paziente è venuto a morte, e all'autopsia si è riscontrata una frattura della volta che raggiungeva la base. Le fratture della base che si accompagnavano a segni di compressione cerebrale sono state curate con iniezioni intravenose di cloruro di sodio al 10%. In un caso di frattura della volta anteriore irradiata alla base, abbiamo osservato un pneumatocele intracranico.

Due fratture del mascellare inferiore esposte sono state curate col bloccaggio del mascellare, in collaborazione con il consulente odontoiatra, e la sutura per primam delle ferite delle parti molli. Alcune ferite delle parti molli osservate nelle prime ore dopo il trauma, furono suture con grandissima cura dopo toletta prolungata. Così una ferita del collo con interessamento della trachea, che guarì per primam.

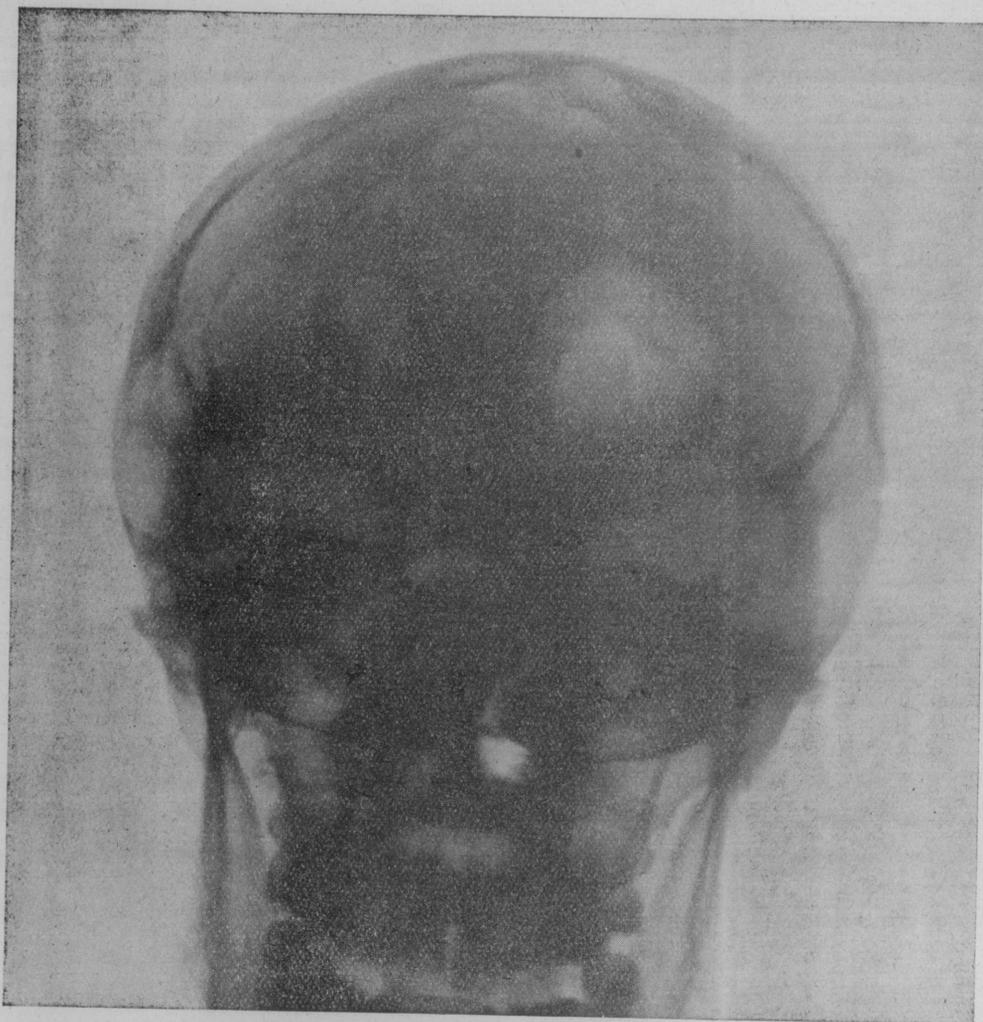
Flogosi: Sono stati operati 40 flemmoni profondi del collo, tutti con buon esito; 13 interventi sono stati eseguiti per osteoperiostite del mascellare inferiore (in uno di questi casi esisteva un dente incluso totalmente ed orizzontalmente nel mascellare). Tre per sinusiti frontali; due per sinusiti dei seni mascellari (processo di Caldwell-Luc, con la modificazione di



Pneumatocele intracranico consecutivo a frattura della volta anteriore irradiata alla base.



Ferita lacero contusa della faccia.



Pneumatocele intracranico consecutivo a frattura della volta anteriore irradiata alla base. Dencke); 2 per calcolosi del dotto di Waron; uno per calcolosi del dotto di Stenone.

Sono state operate inoltre: 13 mastoiditi di cui 4 in maniera radicale. Una di queste complicata con sinusite del seno trasverso, venne a morte nonostante la legatura della giugulare interna.

Sono state curate un certo numero di leismaniosi cutanee; nella vallata del Tronto, questa affezione è abbastanza frequente. Abbiamo sempre ottenuta la guarigione con la causticazione col termocauterio una volta alla settimana.

Abbiamo osservato molte linfoadeniti tubercolari del collo, ma siamo intervenuti solo in due pazienti, nei quali abbiamo ottenuto un bel risultato. Gli altri casi sono stati trattati con iniezioni locali di iodio, le cure generali, l'elioterapia.

Cisti: Sono state operate: Una cisti tiroioidea; due cisti laterali; 3 dermoidi della coda del sopraciglio; 2 ranule sottolinguali.



Cisti tiro-ioidea.

Tumori: Abbiamo inviato in altri reparti 2 casi di tumori cerebrali perchè manchiamo dell'aspiratore e dell'elettrocoagulatore.

Tra i tumori benigni ricorderemo: un papilloma della lingua, tre lipomi della nuca, un'angioma della regione parotidea, cinque tumori misti della parotide, uno della sottomascellare. Sono stati escissi 15 epitelioni cutanei;

3 dell'angolo esterno dell'occhio, 1 dell'angolo interno, 11 del labbro inferiore. Per la riparazione delle perdite di sostanza siamo ricorsi ad operazioni plastiche; la maggior parte delle volte con lembi peduncolati presi

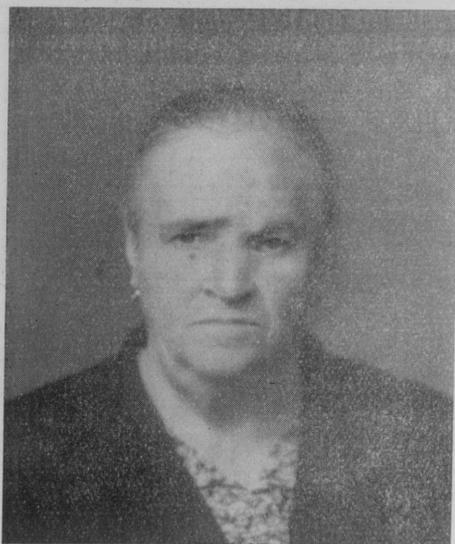


Epitelioma cutaneo della radice del naso esteso alla palpebra inferiore.



Escissione e plastica con lembo peduncolato.

nelle vicinanze; altre volte con innesti dermo-epidermici eseguiti immediatamente dopo l'asportazione del tumore (questo metodo che è molto sem-



Esito.

plice ci ha dato ottimi risultati); per il labbro inferiore siamo ricorsi ai vari metodi di cheiloplastica.

Inoltre sono stati operati: Un sarcoma della guaina del temporale (seguito da rapida recidiva); un tumore retrobulbare e un epitelioma del mascellare superiore. È stato asportato il mascellare in anestesia locale, previa legatura della carotide esterna.



Resezione del mascellare superiore.

Tiroide: Abbiamo operato 20 gozzi di cui 6 parenchimatosi e 14 circoscritti. Nei primi è stata eseguita una resezione lobare bilaterale dopo aver legato la tiroidea inferiore; nei secondi la semplice enucleazione o l'enucleo resezione in anestesia locale; tutti con buoni risultati. A un morbo di Basedow abbiamo eseguito la resezione di un lobo (previa legatura della tiroidea inferiore): la paziente ha avuto subito febbre altissima, dispnea, polso frequentissimo; è morta dopo 14 ore. Inoltre sono stati operati 2 pterigi, 8 labbri leporini, 3 fistole congenite del collo; sono state eseguite 9 vuotamenti delle logge sottomascellari e carotidee. Sono state eseguite 22 tracheotomie per difterite laringea, 3 plastiche per naso deforme, 25 tonsillectomie di cui 2 in maniera radicale. Abbiamo inoltre operato 2 torcicolli congeniti con la tenotomia dello sternocleidomastoideo. A un caso di nevralgia del sopra orbitario abbiamo eseguita con successo lo strappamento del nervo alla sua uscita dal forame.

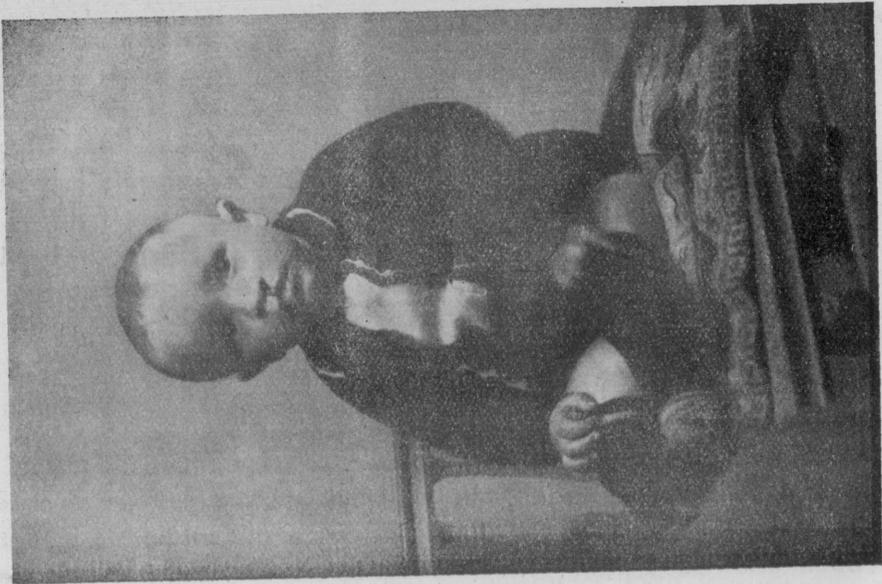
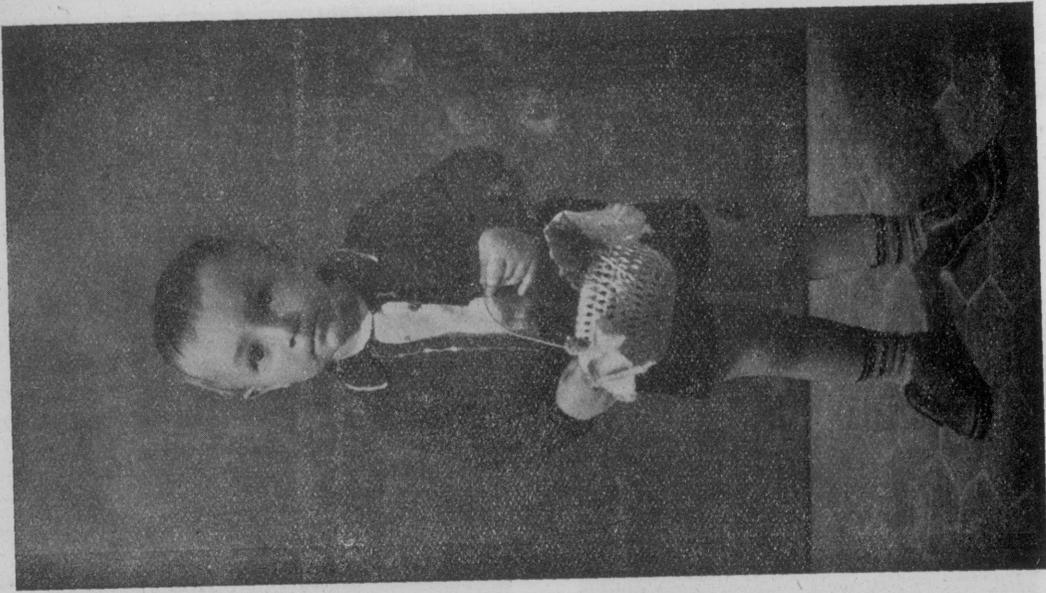
Sono state inoltre operati 8 ectropion parte con lembi pedunculati, parte con lembi liberi presi dal padiglione auricolare.



Plastica per naso deforme.



Labbro leporino.



Labbro leperino.



Ectropion cicatriziale,
Plastica con lembo libero prelevato dalla regione retroauricolare.

2. - RACHIDE.

È stato eseguito un intervento per meningocele sacrale in un bambino di un anno con buon esito; sono state curate in maniera radicale 3 fistole congenite sacrococcigee (asportazione del tramite). Parecchi busti gessati sono stati eseguiti per tubercolosi vertebrale; 9 busti gessati per frattura dei corpi vertebrali.

3. - TORACE.

Pareti toraciche: Non ci fermeremo su alcuni casi di tumori benigni delle parti molli del torace, che abbiamo avuto occasione di operare, nè su parecchi casi di flogosi acute di cui molte sottoposte a trattamento operatorio ambulatorio. Ricorderemo le mastiti totali in cui la mammella era trasformata in una spugna di pus contenuto in centinaia di piccole

cavità e che hanno richiesto l'asportazione totale del tessuto mammario, con taglio a croce, conservando la sola pelle; abbiamo osservato piuttosto frequentemente queste gravi forme di mastite dovute alla trascuratezza delle malate e al grande ritardo che hanno frapposto alla cura. Quattro volte furono escisse tumefazioni sottocunee nel quadrante supero esterno che all'esame istologico dimostrarono i caratteri di noduli tubercolari. Abbiamo operato 23 casi di adenomi o adeno-fibromi della mammella. L'intervento fu sempre eseguito in anestesia locale, e nella maggior parte dei casi con incisione sottomammaria più o meno ampia a seconda della grandezza e della sede del tumore.

Furono operati 3 pazienti affette da mastite cistica cronica; fu eseguita la escissione raggiata secondo Warren, previo ribattimento della mammella.

38 interventi sono stati eseguiti per carcinomi; tutti in donne. In tutti i casi fuorchè in 2 venne eseguita l'asportazione della mammella insieme coi muscoli pettorali, previo svuotamento del cavo ascellare. In 2 casi si trattava di donne con funzione cardiaca anormale, sopra i 75 anni.

Per ciò che riguarda l'intervento radicale siamo stati generosi nell'asportazione della cute e dell'aponeurosi. Abbiamo sempre largamente asportato il grande pettorale, asportato il piccolo pettorale. Il vuotamento del cavo ascellare era eseguito prima del distacco della mammella e delle inserzioni costali dei pettorali.

Il nervo del grande dorsale e il respiratorio sono stati sempre rispettati. Abbiamo usato drenaggio di gomma fatto uscire da una controapertura alla ascella, e tolto questo dopo 3-4 giorni, abbiamo medicato a piatto. Abbiamo fatto alzare le pazienti già nel 3 giorno. Nei casi in cui non si è riusciti a chiudere completamente la perdita di sostanza abbiamo ricorso con ottimo risultato a innesti dermo-epidermici immediati. Non abbiamo avuto alcun decesso; circa i risultati tardivi abbiamo una percentuale abbastanza alta di recidiva nei primi due anni. Ciò secondo noi è da mettersi in rapporto col fatto che la clientela rurale non ricorre al chirurgo che nelle fasi tardive della malattia.

4. - PLEURA E POLMONI.

Traumi: Siamo intervenuti in un caso pneumotorace sotto tensione, con buon esito.

Processi infiammatori: Sono stati operati 51 empiemi acuti di varia origine, più spesso metapneumonici. La maggior parte delle volte il trattamento è consistito in pleurotomia previa resezione costale in anestesia locale novocainica. Solo negli empiemi para-pneumonici e in quelli dei bambini abbiamo istituito il drenaggio aspirativo secondo Bülow.

Per gli empiemi abbiamo avuto una mortalità notevole; sui primi 34 casi, 9 decessi; questo contrasta con la esperienza passata che è più favorevole; negli altri 17 casi un decesso. Nessun effetto ha avuto in un caso l'aspirazione del pus e la sostituzione con soluzioni di sulfamidici.

Sono stati operati 13 accessi polmonari, 2 cisti da echinococco suppurate e due non suppurate. L'intervento è consistito in apertura e drenaggio del focolaio polmonare previa anestesia locale; in 4 casi di accessi polmonari abbiamo eseguito la resezione polmonare, a tappe secondo Graham. Prima di procedere all'intervento abbiamo eseguito un accurato studio radiologico per stabilire il più esattamente possibile qual'era il punto della parete toracica in cui più affiorava il processo infiammatorio; se la pleura aderiva abbiamo operato in un sol tempo; se la pleura era libera abbiamo eseguito una sutura pleuro polmonare a punto indietro, oppure abbiamo tamponato per far formare le aderenze, aprendo il focolaio polmonare dopo 10-12 giorni, avendo avuto cura di lasciare un tampone con una grappetta sul punto in cui si sarebbe dovuto in secondo tempo incidere il polmone. I cattivi risultati sono stati 5. Come linea direttiva abbiamo avuto quella d'intervenire abbastanza precocemente, appena provate le note cure mediche (Marconi-terapia, alcool-terapia ecc.) senza risultati.

A proposito della Marconi-terapia dobbiamo dichiarare di aver visto qualche bellissimo risultato; ma questo non deve illuderci nel considerare tutti gli accessi guaribili alla stessa maniera, e per conseguenza farci protrarre troppo a lungo la cura medica e ricorrere all'intervento in extremis.

Tubercolosi polmonare: Non staremo qui neppure ad accennare al problema della cura chirurgica della tubercolosi polmonare. Diremo solo che per le indicazioni all'intervento è assolutamente necessaria la collaborazione più stretta tra tisiatra e chirurgo. Abbiamo eseguito per conto del Sanatorio Luigi Luciani 70 frenicoexeresi tutte con buon esito.

5. - PARETE ADDOMINALE.

La grande maggioranza degli interventi sulla parete addominale riguarda operazioni di ernia; 465 erano inguinali semplici, 15 recidive (in maggio-

ranza oblique esterne) e 57 strozzate. In tutti i casi è stata eseguita l'operazione di Bassini, talora con qualche variante per ciò che riguarda la posizione del cordone. Apriamo sempre la fascia transversalis. Si è posta la massima cura nell'isolamento accurato del sacco sino alla porta erniaria. Si è anche badato a prendere col punto più interno di fissazione del tendine congiunto, i tessuti peri e parostali che rivestono il tuberculum pubis; questo e gli altri punti di fissazione dei muscoli all'arcata sono in catgut n. 4; li mettiamo sempre a distanza ravvicinata; in genere 6; così anche la fuoruscita del cordone avviene il più lateralmente possibile e la pressione addominale si esplica dall'interno verso l'esterno. Non abbiamo mai ricorso neppure in caso di ernie dirette con larga porta erniaria o nelle ernie recidive a plastiche muscolari. Nella maggioranza dei casi si può ottenere una buona ricostituzione della parete quando il sacco sia stato ben mobilizzato ed isolato fino a tutto il colletto e si sia proceduto ad una larga esposizione dei muscoli avendo magari aperto la guaina del retto. In due casi di ernia permagna in soggetti molto anziani ci siamo trovati soddisfatti ad avere asportato il testicolo (con il consenso preventivo del paziente). La ricostruzione della parete è avvenuta molto più solida e si sono evitati ematomi.

Nelle ernie da scivolamento abbiamo eseguito lo scollamento colo-parietale. In quelle recidive abbiamo esciso con cura il tessuto di cicatrice prima di procedere alla ricostruzione della parete. In nessun caso di ernia strozzata si dovette procedere alla resezione dell'intestino. Nei casi di ernia semplice 2 vennero a morte; una per embolia, ed un'altro per polmonite. Su 57 casi di ernia strozzata 2 vennero a morte. Furono operati 34 ernie crurali semplici con buon esito, e 20 strozzate, di cui 2 con esito cattivo,

Preferiamo per l'ernia crurale la tecnica di Ruggi; che è un pò più indaginosa di quella di Délagenière ma ci sembra dare risultati più sicuri.

Abbiamo operato 25 casi di ernie ombelicali e 29 epigastriche, tutte con buon esito.

Nelle piccole ernie ombelicali si può dire che qualunque processo sia buono, ma nelle ernie voluminose che spesso occorrono in donne grasse, l'intervento deve essere assai accurato per evitare recidive.

In anestesia locale, con incisione accurata sottombellicale abbiamo aperto la guaina dei retti trasversalmente e mobilizzato i retti stessi per un tratto abbastanza lungo; inciso il peritoneo longitudinalmente, ridotta l'ernia, esciso il sacco, e riuniti i tessuti all'intorno con punti staccati. Abbiamo quindi riunito con grande cura i tessuti della parete a punti staccati;

raddoppiato le aponeurosi e lasciati quasi sempre due drenaggi di gomma, fatti fuoruscire dagli estremi laterali dell'incisione.

Sono state operate 37 ernie laparotomiche, di cui 5 strozzate, tutte con buon esito. La cura è consistita nella escissione del tessuto di cicatrice e nella ricostruzione dei piani della parete.

Oltre agli interventi per ernie, poche sono state le affezioni della parete addominale che furono oggetto di operazione; una volta siamo intervenuti per un tumore della parete, situato nella guaina del retto sinistro, che all'esame istologico ha mostrato la struttura fibro-sarcomatosa. Una volta siamo intervenuti per una cisti da echinococco situata nel tessuto cellulare retroperitoneale.

Peritoneo: Le affezioni del peritoneo sono menzionate nei vari capitoli (stomaco, vie biliari, intestino ecc.)

Ricorderemo qui 6 casi di peritonite diplococica tutte in bambine, e tre casi di torsione dell'omento.

Riguardo ai primi dobbiamo notare che la diagnosi è stata fatta tre volte; negli altri 3 casi si è pensato ad una appendicite acuta; 5 pazienti sono guarite, una è morta per occlusione intestinale tardiva. Crediamo che i buoni risultati registrati si debbano ai sulfamidi; qualche anno fa infatti noi stessi avevamo una mortalità molto maggiore.

Nei tre casi di torsione dell'omento era stata posta la diagnosi di appendicite.

Citiamo ancora in questo capitolo il caso di un grosso fibroma che occupava tutto il piccolo bacino e aveva punto di partenza nel rivestimento dei corpi vertebrali.

6. - ESOFAGO - STOMACO - DUODENO.

In due casi di stenosi esofagea insormontabile è stata eseguita la gastrostomia. In un altro caso è stata possibile la dilatazione dell'esofago. Varie volte (24) siamo intervenuti per togliere corpi estranei dall'esofago, in maggioranza monete. Una volta una stelletta da militare. Sempre la manovra ci è riuscita col panierino di Graafe, in narcosi e sotto lo schermo. Dei 24 casi un bambino è venuto a morte per mediastinite settica; il corpo estraneo era rimasto in posto diversi giorni.

Sullo stomaco e sul duodeno sono stati eseguiti 219 interventi che saranno divisi in vari gruppi.

Per la diagnosi, senza trascurare la anamnesi, l'esame obiettivo e le ricerche chimiche, abbiamo tenuto in grandissimo conto l'esame radiologico. Riguardo all'anamnesi, certo hanno importanza i racconti della lunga durata della malattia, periodicità, i rapporti con i pasti, l'irradiazione posteriore del dolore, il vomito, l'ematemesi, la melena; (quantunque è ben noto che ogni grave disturbo può mancare e la presenza di un'ulcera può annunciarsi con la perforazione).

Riguardo all'esame obiettivo hanno qualche importanza i punti dolorosi il guazzamento, la peristalsi visibile ecc.; dati più precisi si hanno in casi di epiteloma palpabile.

Riguardo agli esami chimici, anche essi hanno certo una notevole importanza: ma non ci siamo mai permessi di operare uno stomaco senza avere prima visto radiologicamente la nicchia.

Per l'indicazione operatoria ci siamo regolati in questo modo: i malati ignoranti (contadini, operai ecc.) che debbono lavorare e non possono fare lunghe e costose cure sono stati consigliati da noi di operarsi subito; i malati ricchi sono troppo dotti per farsi consigliare; e dopo avere girato vari specialisti e fatte numerose e prolungate cure, vengono spontaneamente a chiedere l'operazione quando non ostante la cura medica, seguivano ad avere disturbi. A prescindere dalla indicazione generica, siamo stati più decisi nel consigliare l'intervento dopo ematemesi ripetute e soprattutto in casi di stenosi.

Controindicazioni non ne abbiamo mai trovate. Per lo più si trattava di malati giovani, longilinei, senza tare.

Eseguiamo sempre la resezione.

La gastroenterostomia la riserviamo alla stenosi.

La preparazione di questi malati è stata particolarmente curata.

Nei gastropazienti con ristagno vengono fatti lavaggi dello stomaco.

L'intestino è tenuto sgombro con clisteri. Spesso abbiamo eseguito ipodermoclisi prima dell'intervento in malati in condizioni generali scadenti; in qualche caso (specie dopo melene) abbiamo eseguito con vantaggio trasfusioni di sangue puro.

Riguardo all'anestesia diciamo subito che tutti i nostri pazienti sono operati in anestesia locale; facciamo precedere 2 iniezioni di dilaudid (senza scopolamina); un'ora e mezza prima, e mezz'ora prima. Aperto il peritoneo infiltriamo ancora il piccolo epiploon e l'omento gastro-colico.

Per ciò che concerne la tecnica operatoria c'è da dire quanto segue: Facciamo sempre una resezione ampia; sezioniamo il duodeno sempre a

valle dell'ulcera; quasi sempre è possibile applicare lo schiacciato duodenale, il che rende molto semplice la chiusura e l'affondamento del moncone; ma nei casi di ulcera bassa con duodeno fisso, sezioniamo francamente il duodeno sotto l'ulcera e lo chiudiamo prima con una sutura introflettente e poi con due piani sierio-sierosi. Il primo piano di affondamento lo facciamo con due mezze suture cominciate rispettivamente agli angoli.

Applichiamo sempre sullo stomaco un forte schiacciato; al di sotto di questo facciamo una sutura emostatica per tre quarti circa della larghezza dello stomaco.

Sezionato lo stomaco un paio di centimetri sopra lo schiacciato per evitare che questo perda la presa, fissiamo con punti staccati il margine posteriore del mesocolon trasverso allo stomaco; in secondo tempo fissiamo alla superficie posteriore dello stomaco e per tutta la sua lunghezza in vicinanza dello schiacciato, la prima ansa digiunale. Ritagliamo in seguito i due centimetri di stomaco rimasti fuori dello schiacciato; e avendo avuto cura di mettere una branca del gastrostato di Lane al di sotto dello schiacciato, togliamo lo schiacciato stesso. Facciamo una seconda sutura sulla superficie di sezione gastrica, arrivando fino al punto in cui comincerà l'anastomosi. Messa l'altra branca del gastrostato sull'ansa digiunale, si procede all'anastomosi gastro-digiunale. L'ultima sutura dell'anastomosi gastro-digiunale, sarà quella che prolungata in alto affonderà la superficie di sezione gastrica. In questo modo si possono facilmente affondare monconi gastrici anche molto alti.

Come sutura introflettente adoperiamo quella così detta di « S. Giacomo » negli ospedali di Roma; la quale è anche emostatica; tutte le suture sono in catgut N. 0.

In ultimo fissiamo con punti staccati il margine anteriore della fessura del mesocolon trasverso, alla superficie anteriore dello stomaco in tutta vicinanza della sutura gastro-digiunale.

Tutta l'anastomosi così viene posta nel settore sottomesocolico.

Trattasi in conclusione di una anastomosi orale, semitotale transmesocolica posteriore.

Questa tecnica riferita molto in succinto che abbiamo appreso dal nostro maestro prof. Guido Egidi, ci ha dato sempre buoni risultati.

Rarissime le emorragie, (mai finora mortali) (tenendo presenti anche molte altre resezioni operate negli ospedali di Roma), rare anche le stasi gastriche; (raramente quindi dobbiamo adoperare la sonda): buoni i risultati a distanza in tutti i malati che abbiamo rivisto.

Il trattamento post-operatorio è stato il seguente: mettiamo l'ammalato in posizione semi seduta; subito dopo l'operazione proctolisi e poco dopo ipodermoclisi di siero fisiologico. Dopo due giorni cominciamo a far bere moderatamente. In casi di ristagno gastrico pratichiamo la lavanda, anche poco dopo l'operazione.

Facciamo uso di morfina per i primi tre-quattro giorni.



Funzione dell'anastomosi gastro digiunale,
dopo resezione e anastomosi orale semitotale trans-mesocolica posteriore.

Le complicazioni più frequenti sono quelle polmonari; poi le emorragie e le complicazioni peritoneali infettive.

Gli interventi sono stati così raggruppati:

Resezioni per ulcera;

Resezioni per cancro ;
Gastroenterostomia per stenosi ;
Gastroenterostomia per cancro ;
Interventi per ulcere perforate ;
Resezioni dello sfintere pilorico ;
Gastrostomie ;
Interventi esplorativi.

Resezione per ulcera: Come si è già detto, interveniamo solo in casi di ulcera accertata radiologicamente, ed eseguiamo una resezione ampia in anestesia locale, previa preparazione del malato con due iniezioni di dilaudid senza scopolamina, sezionando il duodeno sempre sotto l'ulcera.

Su 120 resezioni abbiamo registrato 6 morti: 3 di peritonite, 2 di complicazioni polmonari, uno di ascesso subfrenico. Abbiamo avuto qualche caso con emorragie, mai però mortali. In un caso in cui fu palese la riapertura del moncone duodenale, reintervenimmo subito; l'esito fu cattivo.

Resezione per cancro: Sono state eseguite 9 resezioni. Il risultato più brillante riguarda un malato (ancora vivente) operato nel 1938 di una affezione che sembrava ulcera della piccola curvatura e che all'esame istologico si dimostrò cancro. Un altro malato è stato operato due anni fa con la stessa diagnosi e con lo stesso riscontro biopsico. Tutti gli altri sono morti nello spazio di un anno e mezzo. Un solo decesso operatorio.

I malati di cancro visti sono stati però moltissimi. Alla maggior parte di essi è stato sconsigliato l'intervento per grave cachessia; meno spesso abbiamo eseguito una esplorazione; qualche volta una gastroenterostomia. Se ne conclude che i malati di cancro vengono purtroppo tardivamente a farsi operare.

Gastroenterostomia per stenosi: Riserviamo la gastroenterostomia esclusivamente alle stenosi cicatriziali.

Ne abbiamo eseguito 38, con un solo decesso (per complicazione polmonare). Eseguiamo la gastroenterostomia posteriore transmesocolica, verticale ad ansa corta.

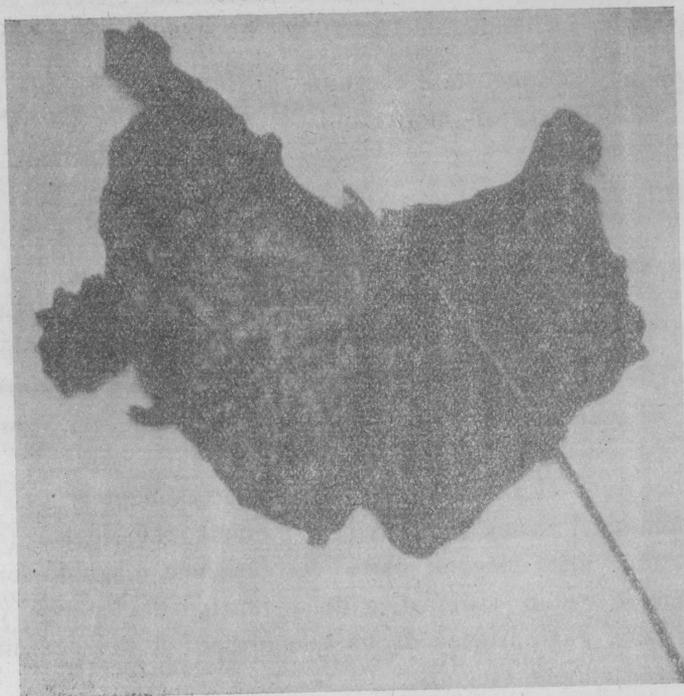
Gastroenterostomia per cancro: Sono state eseguite 9 gastroenterostomie per cancri per i quali la cura radicale era contro indicata. Non si sono avuti cattivi risultati immediati.

Intervento per ulcere perforate: Sono state eseguite 15 operazioni di

ulcere perforate. In 14 si trattava di ulcere duodenali, prima porzione, faccia anteriore; in uno di ulcera della piccola curvatura gastrica.

In sei casi è stata eseguita la resezione, tutte con buon esito; in 10 l'affondamento e gastroenterostomia con 4 morti; in un caso l'affondamento con esito cattivo. In un caso in cui precedentemente era stata eseguita altrove una gastroenterostomia si ebbe la perforazione della vecchia ulcera duodenale; per le cattive condizioni generali del paziente non si fece altro che la chiusura e l'affondamento. Il paziente guarì.

I risultati immediati della resezione sono stati migliori di quelli del semplice affondamento seguito da gastroenterostomia, perchè la resezione la riserviamo



Resezione per ulcera perforata.

ai casi in cui non sono passate troppe ore dalla perforazione e non esista ancora una peritonite franca; se in casi simili si facesse la gastroenterostomia si avrebbero ugualmente buoni risultati. Comunque siamo resezionisti ad oltranza e per tante ragioni: la resezione non è molto più lunga; non dà uno schocch maggiore della gastroenterostomia; dà risultati lontani certamente migliori; si è visto che a parità di condizioni generali dell'ammalato non dà una mortalità superiore alla gastroenterostomia. Non

eseguiamo la resezione solo quando le condizioni generali dell'ammalato sono talmente gravi da non permetterla. E ciò non in rapporto al numero di ore trascorse dalla perforazione, ma in rapporto allo stato anatomico della perforazione stessa; poichè esistono malati in gravissime condizioni generali dopo poche ore e ne esistono altri (in cui la perforazione è coperta da fibrina, omento, o tappata dal contenuto gastrico) in buone condizioni dopo moltissime ore.

Resezione dello sfintere pilorico: Ne sono state seguite 8, nei primi mesi del 1938 quando ancora aprivamo l'addome anche per i segni radiologici indiretti dell'ulcera. Non trovando nettamente l'ulcera eseguiamo questa operazione. I risultati non sono stati buoni a lunga scadenza.

Esplorazione: Ne sono state eseguite 20, tutte per tumori dello stomaco che si sono dimostrati inoperabili.

7. - VIE BILIARI.

Abbiamo avuto occasione di eseguire 96 interventi sulle vie biliari extra epatiche; 85 colecistectomie con un decesso; 8 coledocotomie sopraduodenali per calcoli con un decesso; una coledocotomia per occlusione del coledoco da ascaridi (erano presenti 3 grossi ascaridi: il paziente morì; all'autopsia si trovarono ascessi multipli del fegato); una coledocotomia trans-duodenale con esito cattivo.

I criteri dei quali ci siamo serviti sono principalmente clinici e radiologici. L'anamnesi, l'esame obiettivo e l'esame radiologico (colecistografia) permettono nella maggior parte dei casi, una diagnosi corretta.

Tralasciamo lo studio sistematico della funzionalità epatica, non perchè disconosciamo l'importanza di un tale ordine di ricerche ma perchè non siamo attrezzati per eseguirle.

Di ricerche di laboratorio in questi malati, oltre il sistematico esame delle urine abbiamo eseguite la glicemia, la Wassermann e l'azotemia, e spesso, specie quando esisteva ittero, la ricerca del tempo di emorragia e di sanguinazione. Qualche volta abbiamo eseguito la reazione di Van der Berg. Quando il tempo di sanguinazione e di coagulazione sono aumentati o quando c'è ittero, prepariamo i malati con iniezioni endovenose di calcio e con Vi-K.

Nei casi di infezione delle vie biliari usiamo largamente la cytotropina endovena.

I pazienti non sono venuti a noi che dopo un periodo più o meno lungo di cure mediche. Crediamo non si debba intervenire al primo attacco di colica, ma si debbano prima sperimentare cure mediche, a meno che non si tratti di sindromi con ittero con ritenzione progressivo o a ricadute, o che la gravità di una sindrome acuta (peritonite da perforazione) non obblighi ad interventi d'urgenza.

Noi interveniamo sempre a freddo. Interveniamo in periodo acuto solo se vi sia sintomatologia da ostruzione del coledoco, o se si ha il dubbio di una peritonite da perforazione, o sintomi di colangite.

L'intervento a caldo fatto per un certo periodo di tempo negli ospedali di Roma ci ha dato una mortalità molto maggiore.

In alcuni casi molto gravi abbiamo adoperato l'anestesia locale, altrimenti usiamo l'anestesia eterea.

I pazienti appartenevano, tranne 5 uomini, tutti al sesso femminile. Il massimo di frequenza è stato tra il terzo ed il quarto decennio.

Ci siamo sempre preoccupati di una buona posizione operatoria (posizione fortemente declive verso il basso, e con un cuscino dorsale fra torace e lombi).

Adoperiamo una incisione intrarettale destra.

La colecistectomia per via retrograda è stata l'operazione più spesso eseguita. Il cistico è sezionato previa legatura, separatamente dall'arteria cistica. Il coledoco è esplorato sistematicamente con la palpazione digitale. Se esso è stato inciso si aggiunge la esplorazione endocolecistica strumentale. Il drenaggio dell'epatico-coledoco è stato eseguito con tubo a T di Kehr.

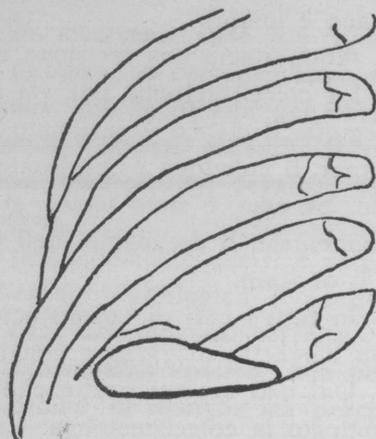
In tutti i casi di colecistectomia abbiamo drenato la loggia colecistica con lunghetta di garza e con tubi di gomma.

Dai dati esposti risulta che sempre nelle colecistiti calcolose, abbiamo praticato la colecistectomia. Crediamo che la colecistostomia debba riservarsi ai casi eccezionali in cui per la gravità delle condizioni del paziente, si creda opportuno limitarsi ad un intervento più semplice.

Assai meno semplice è decidere di asportare o meno la cistifellea quando non contiene calcoli.

Esistono delle colecistiti non calcolose, che non lasciano al chirurgo alcun dubbio sul modo di comportarsi: un esempio tipico è quello delle colecistiti acute, che, anche in assenza di calcoli, possono condurre alle più gravi complicazioni (per es. la perforazione). Si trova in questi casi la cistifellea tesa, fortemente iperemica, con pareti di solito spesse, con-

tenenti liquido purulento o muco-purulento; con emorragie e ulcerazioni all'interno; spesso esiste una stenosi del cistico. Nelle forme croniche non calcolose non interveniamo ora che in casi eccezionali, poichè l'esperienza ci ha dimostrato che i risultati non sono affatto brillanti; negli ambulatori degli Ospedali di Roma abbiamo rivisto centinaia di malate ancora sofferenti e la maggioranza di queste erano state operate di colecistectomia per colecistite non calcolosa.



Idropneumatosi cistica dopo operazione di cisti da echinococco del fegato col metodo della riduzione senza drenaggio.

Come si è detto, in 8 casi, oltre la colecistectomia, è stata eseguita la coledocotomia e il drenaggio dell'epatico-coledoco con tubo a T.

Prima di drenare abbiamo proceduto alla esplorazione endocanicolare per accertarci della permeabilità dei dotti; non eccezionalmente si trovano stenosi in corrispondenza dello sbocco duodenale del coledoco che vanno curate con la dilatazione immediata con manovre delicate.

Sono stati inoltre eseguiti altri 18 interventi così ripartiti:

4 laparotomie esplorative;

7 cisti da echinococco;

6 accessi sub frenici;

1 colecistogastrostomia per tumori alla testa del pancreas.

Gli interventi esplorativi furono richiesti da tumori maligni del fegato.

Sette cisti da echinococco (con un decesso) sono state trattate con vuotamento, formalizzazione e chiusura per primam.

Rimangono dopo questo procedimento cavità idroaeree (Idropneumatosi cistica post-operatoria del Sévè), che lentamente si riassorbono.

I 6 accessi subfrenici sono stati operati per via trans-pleurica-diaframmatica in un sol tempo, tamponando la pleura o suturandola al diaframma. Di essi uno solo è deceduto.

8. - MILZA.

Gli interventi sulla milza sono stati tre: 2 splenectomia per rotture (in una bambina, per caduta; la paziente è deceduta due mesi dopo per occlusione intestinale: in una donna di 40 anni sofferente di cuore per percosse del marito, con buon esito); e una per cisti da echinococco, con buon esito.

9. - INTERVENTI SULL'INTESTINO (escluso il duodeno).

Abbiamo operato 5 casi di perforazione del tenue; uno per calcio di cavallo (operato dopo 36 ore: esito cattivo). Un secondo per ferita d'arma da fuoco (operato dopo 24 ore: esito cattivo), un terzo dovuto alla perforazione di ulcera t. b. c. del cieco con buon esito, un quarto dovuto egualmente a perforazione di ulcera t. b. c. con cattivo esito e un quinto di perforazione di ulcera tifosa in una collega ricoverata in reparto di medicina; abbiamo avuto la fortuna di assistere quasi alla perforazione e di operare immediatamente. La paziente si è salvata.

Abbiamo resecato un tratto di digiuno per un mioma che si estendeva a tutta la parete intestinale opposta alla inserzione mesenteriale e che era responsabile di ripetute melene in una giovinetta di 18 anni.

Due volte abbiamo eseguito una ileo-trasversostomia per tumori inasportabili del tenue basso.

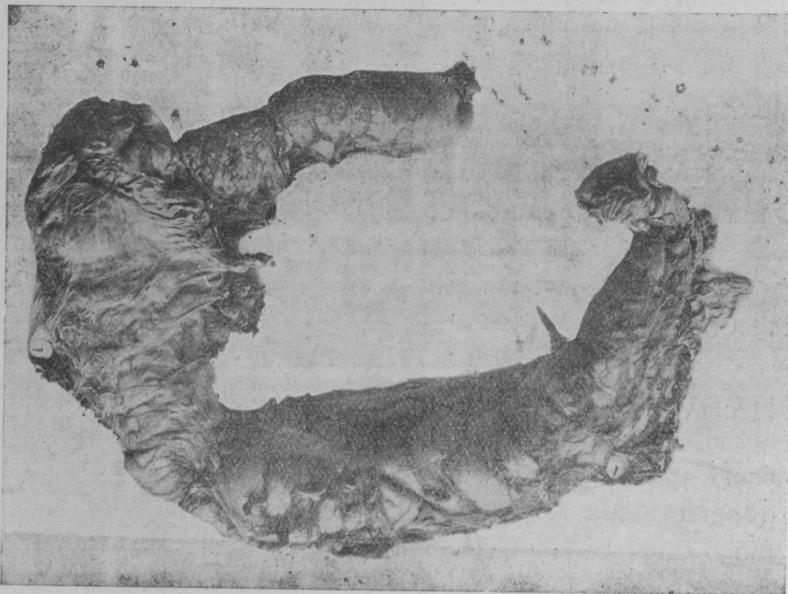
Tre volte abbiamo operato tumori del retto: dopo avere eseguito un ano a due capi sul sigma, abbiamo eseguito l'amputazione per via perineo-sacrale secondo la tecnica di Goetze.

Un malato è morto dopo un anno con piuria e blocco renale.

Due sono viventi e stanno bene dopo due anni.

Abbiamo osservato un solo caso di tumore del sigma; in una donna di 70 anni; dopo avere eseguito un ano cecale in fase di occlusione, la paziente ha rifiutato il secondo intervento.

La cecostomia è stata eseguita oltre che nel caso su menzionato, un'altra volta per volvolo del cieco. Dopo la deterzione è stato consigliabile abboccare il cieco, oltre che per fissarlo, per scaricare il tenue dai materiali settici, datando la torsione da 40 ore.



Invaginazione ileo-ceco-colica. Resezione del tratto invaginato.

Tre volte siamo intervenuti per chiudere ani cecali e due per ani sigmoidei; due volte per chiudere fistole sul tenue. Una di queste fistole datava di 8 anni. Si trattava di un ragazzo di 16 anni che era stato operato per una peritonite t. b. c. ascitica e a cui era residuata la fistola. Sempre abbiamo adoperato il metodo intraperitoneale con successo.

Abbiamo operato 23 casi di occlusione intestinale, con 7 cattivi risultati. La maggior parte dei cattivi risultati è imputabile a ritardo con cui i pazienti si sono fatti ricoverare.

La maggior parte dei tipi di occlusione (moleptica e dileptica) sono stati osservati: occlusioni da briglia, occlusioni post appendicidiche, strozzamenti in ernie interne, torsioni meso-assiali, torsioni organo assiali, occlusione da ammasso di ascaridi, da tumore del sigma, da diverticolo di Mechel, ecc.

Quantunque operato nell'ospedale di S. Spirito, vale la pena di ricordare qui il caso di una occlusione con meccanismo eccezionale. Si trattava di un operaio che era stato travolto sotto una frana: all'intervento si trovò un'ansa del tenue presa e schiacciata entro un corpo vertebrale lombare fratturato nel suo mezzo, (il reperto operatorio fu confermato all'autopsia).

Crediamo indispensabile in casi di occlusione alta del tenue dileptica in cui si sia eseguita la resezione dell'intestino, costituire una fistola secondo Witzel a monte dell'anastomosi. Questo argomento è stato oggetto di una nostra recente pubblicazione.

Gli interventi eseguiti sono stati di vario genere: dalla semplice sezione della briglia all'asportazione del diverticolo di Mechel, dalla costituzione di ano cecale alla resezione dell'intestino e costituzione di fistola a monte secondo Witzel; un caso merita ricordo speciale, ed è quello di un bambino occluso per un enorme ammasso di ascaridi nell'ultimo tratto del tenue, ammasso che potemmo spingere fino al cieco e far progredire ancora con purghe ripetute.

Ci siamo preoccupati di combattere in questi operati la disidratazione con ripetute ipodermoclisi, e la declorizzazione con endovenose di siero ipertonico, ed inoltre di prepararli all'intervento oltre che con i comuni presidi (cardiocinetici, ipodermoclisi, ecc.) con la lavanda gastrica. Questo particolare è di un enorme interesse per evitare che col vomito vengano immessi materiali nelle vie respiratorie.

10. - INTERVENTI SULL'APPENDICE CECALE.

Sono state operate 937 appendiciti di cui 300 a caldo con un decesso, 499 a freddo tutte con buon risultato, 87 peritoniti con 3 decessi, 51 ascessi con 1 decesso.

I risultati eccezionalmente favorevoli in questo campo si debbono esclusivamente alla educazione chirurgica fatta da noi amichevolmente e personalmente a tutti i medici della provincia i quali indistintamente ora inviano all'ospedale immediatamente i malati con dolori addominali; appena

pochi anni fa il mio predecessore prof. S. Tirelli lamentava il ritardo con cui era costretto ad operare i perforati.

Dal canto nostro questa è la linea di condotta: operiamo tutte le appendiciti acute nelle prime 48 ore. Quando è trascorso questo termine ci regoliamo sul reperto clinico: se il paziente ha una sintomatologia di peritonite diffusa operiamo ugualmente; se non si palpa un piastrone operiamo ugualmente. Insomma non operiamo solo quelle appendiciti le quali dopo 48 ore mostrano una sicura tendenza alla circoscrizione; si palpa un piastrone nella fossa iliaca, e la grande cavità è del tutto libera. Sono questi i casi in cui anche l'operatore più addestrato farebbe disastri.

Non siamo molto favorevoli ad operare gli ascessi: questo facciamo solo quando ci siamo persuasi che il riassorbimento non avviene, e soprattutto quando l'ascesso affiora alla parete e senza grandi manovre e grande rischio si può fare una incisione di scarico, non preoccupandoci affatto per il momento dell'appendice.

Riguardo alla incisione adoperiamo sempre il piccolo taglio di Mac Burney, molto ravvicinato alla spina iliaca. Eccezionalmente l'abbiamo dovuto ingrandire in pararettale.

Leghiamo e affondiamo in catgut.

La maggior parte delle volte chiudiamo totalmente la breccia operatoria a meno che non esista un ascesso e non ci sia una vera e propria peritonite: nei gravi casi con versamento brunastro di odore fecaloide dreniamo più largamente; in casi eccezionali facciamo una controapertura nella fossa iliaca sinistra.

Non abbiamo mai usato sieri antiperitonici.

11. - INTERVENTI PER EMORROIDI, FISTOLE, RAGADI, PROLASSI, FLEMMONI ISCHIORETTALI.

Sono stati eseguiti 275 interventi. Buona parte degli interventi sono stati fatti in anestesia lombare e in narcosi.

Le emorroidi sono state trattate con l'allacciatura e l'escissione dei noduli, previa divulsione dell'ano.

Le fistole intrasfinteriche sono state incise, quelle extrasfinteriche qualche volta escisse.

Per le ragadi è stata fatta la divulsione: i prolassi rettali sono stati operati fissando l'ampolla rettale con un grosso punto a U di seta (anno-

dato sulla pelle nella regione sacrale) alla concavità del sacro. Questo metodo che è semplicissimo ci ha dato buon risultato in 6 casi.

In 3 imperforazioni dell'ano non fu difficile trovare il cul di sacco rettale; esso fu tirato in basso, aperto, e i margini suturati alla cute.

12. - APPARATO URINARIO.

Abbiamo sempre avuto grande cura di non operare nessun malato urinario, senza avere prima eseguito uno studio sistematico totale, e senza essere giunti ad una esatta diagnosi di sede, di natura e di funzione dell'altro rene. Per questo scopo ci siamo valse dell'esame delle urine totali dei comuni esami radiologici (lastra a vuoto e pialografia discendente); poi dell'azotemia, cistoscopia (esame separato delle urine: a volte pielografia ascendente); eliminazione provocata dell'indigo carminio; qualche volta abbiamo fatto eseguire la inoculazione delle urine nella cavia.

Eseguito questi esami con rigore ed eventualmente ripetendoli siamo sempre giunti nei nostri casi alla giusta diagnosi.

Sono stati eseguiti complessivamente 180 interventi.

In un caso di spappolamento del rene fu eseguita una nefrectomia. In 60 casi si trattava di calcolosi reno-*uretero-vescicale*. Nella calcolosi renale, abbiamo, nei limiti del possibile, utilizzato metodi conservativi (quindici pielotomie e una pielonefrotomia). Negli altri casi si dovette asportare il rene perchè trasformato in sacche pionefrotiche.

Degno di menzione è il caso di una donna di 60 anni già operata di nefrectomia per tumore, che ebbe improvvisamente un blocco del rene superstite; nonostante l'azotemia fosse stata molto alta (3,50%) la paziente guarì con l'asportazione di un grosso calcolo pelvico, individuato con una radiografia.

Degni di menzione sono pure tre casi in cui, in due si dovette procedere alla nefrectomia per pionefrosi dopo un anno circa dalla nefrotomia e nel terzo dopo 8 mesi dalla ureterotomia.

In cinque casi si trattava di calcolosi dell'uretere pelvico. I calcoli furono asportati facendoli risalire un pò più in alto, in un punto più comodo per la incisione dell'uretere e la sua successiva chiusura.

Su 25 casi di calcolosi vescicale merita speciale rilievo un caso in cui si era formato un grosso calcolo in una giovinetta, attorno a un ferma capelli.

Tutti i pazienti sono stati operati in anestesia locale; si è avuto un decesso per uremia.

Sono stati operati 7 pazienti affetti da tubercolosi renale. Non tutti i casi avevano la sintomatologia classica; ma con uno studio accurato e sistematico si venne ad una giusta diagnosi.

Furono eseguite 17 nefrectomie per pionefrosi non calciose.

Abbiamo ricorso alla nefropessi solo in un numero ristrettissimo di casi e solo quando il reperto pielografico indicava oltre alla ptosi un certo grado di pielectasia.

In un caso di rene policistico, alcune cisti furono aperte.

Sono stati operati 3 pazienti affetti da tumore del rene, di cui uno a tipo ipernefroma in un uomo di 55 anni (deceduto due anni dopo) e due tumori misti in bambini; uno fu asportato, ma recidivò dopo un anno; il secondo era talmente esteso che fu eseguita la semplice esplorazione.

Per ciò che riguarda le affezioni dell'uretere abbiamo già ricordato i casi di calcolosi.

Abbiamo operato due casi di fistola vescico-vaginale. Una per via transvescicale, l'altra per via vaginale. Entrambi con buon esito.

Furono operati tre pazienti affetti da carcinoma della vescica: in una fu eseguita la semplice cistotomia; in due una cistectomia parziale; uno dei due pazienti vive dopo tre anni. Il caso in cui fu fatta la semplice cistotomia merita speciale ricordo. Si tratta di una donna che fu operata da altro chirurgo quindici anni fa di pielotomia per calcolo. La paziente è stata in seguito male; ha avuto sempre piuria e dolore lombare nel lato operato. Essendo aumentati questi disturbi è stata eseguita una pielografia discendente che ha mostrato grosse cavità del rene (pionefrosi). La vescica non si dilatava quasi affatto e questo fenomeno è stato attribuito ad una sclerosi consecutiva ai fatti infiammatori di vecchia data. Eseguita la nefrectomia (il rene era ridotto a 3-4 sacche con contenuto purulento) la paziente non ha tratto vantaggio dall'intervento; si lamentava di fortissimi dolori vescicali che non cedevano neppure con la morfina; seguitavano la piuria e l'ematuria. Decisa una cistotomia per cercare di migliorare i fenomeni infiammatori, si è trovato il reperto di una neoplasia a tipo infiltrativo (diagnosi confermata con l'esame istologico).

Sono state operate 29 ipertrofie prostatiche, 20 per via transvescicale con un decesso e 9 per via perineale tutte con guarigione. La via transvescicale è indubbiamente la più facile; però espone ad emorragie ed a schoch.

Nella via perineale lo schoch è assente e l'emorragia si può con sicurezza evitare; gli unici inconvenienti secondo il nostro modo di vedere,

per la via perineale sono due: impotenza completa, e questo si deve evitare in malati relativamente giovani, una difficoltà non indifferente per il chirurgo per cambiare la sonda uretrale con quella perineale e tenerla esattamente in posto e farla funzionare fino alla guarigione della soluzione di continuo del perineo.

Abbiamo visto eseguire moltissime volte la via perineale dal nostro maestro Prof. Egidi; nei suoi casi come nei pochi nostri non abbiamo mai visto una fistola perineale.

Quando facciamo la via trans-vescicale, aspettiamo due settimane dopo la cistotomia; tamponiamo la loggia prostratica con due (o tre pezzi) di garza iodoformica a cui è stato cucito un grosso filo di seta; introduciamo tutta la garza nella loggia e solo il filo fuoriesce dalla lesione di continuo cutanea. Stamponiamo molto delicatamente dopo otto giorni.

Per ciò che riguarda le affezioni dell' uretra si tratta nella maggioranza dei casi di restringimenti post-blenorragici che sono stati trattati sempre con le dilatazioni progressive con le candelette di seta gommata. Basta che passi una minuzia; il resto con un pò di pazienza è semplice.

In caso di stenosi invincibile, fu fatta una resezione del tratto stenotico.

Due volte abbiamo operato rotture dell' uretra perineale.

Due volte sono state eseguite uretrotomie perineali definitive.

Tutti e due in casi di stenosi uretrale operata più volte in altri ospedali con flogosi croniche periuretrale, in cui il passaggio delle candelette serviva solo per qualche settimana. Un malato sta bene dopo tre anni; nell' altro abbiamo eseguito in secondo tempo la fistola vescicale poichè anche l' uretra stomizzata era divenuta stenotica.

In tre donne furono asportati dei piccoli papillomi dell' uretra.

Altri interventi sono stati eseguiti per accessi urinari, o infiltrazione di urina.

13. - ORGANI GENITALI.

Organi genitali maschili: Sono stati eseguiti 120 interventi per affezioni degli organi genitali maschili.

26 operazioni per fimosi. Negli ultimi malati abbiamo utilizzato con piena soddisfazione il metodo di Schloffer. Si incide obliquamente sul dorso il foglietto esterno, per 1-2 cm. divaricando la ferita con uncini; si incide quindi in foglietto interno facendo un angolo di 60° con la prima incisione. Facendo trazione sui due fogli si viene ad avere una soluzione

di continuo di forma romboide che viene suturata trasversalmente. Invece di un unico taglio dorsale si possono eseguire due tagli, uno a destra e uno a sinistra del frenulo con la medesima tecnica.

Sono state eseguite due amputazioni del pene per epiteliomi, con vuotamento delle ghiandole inguinali.

Sono stati eseguiti 22 interventi per ritenzione inguinale del testicolo. Qualche volta abbiamo eseguito il procedimento di fissare il testicolo (dopo una mobilizzazione accurata dagli elementi del cordone in modo da poter abbassare il testicolo stesso senza esercitare trazioni eccessive sul cordone) nel fondo dell'emiscroto a mezzo di un filo annodato ai residui del gubernaculum e fatto poi passare attraverso lo scroto e annodato alla cute della coscia. In questi ultimi tempi abbiamo eseguito, perchè ci sembra dare migliori risultati, il procedimento di collocare il testicolo nell'emiscroto del lato opposto facendolo passare attraverso una piccola apertura del setto mediano.

Il sacco erniario è mobilizzato sezionato e chiuso, prima di procedere alla orchidopessia; la parete è ricostituita secondo Bassini.

Abbiamo curato un numero notevole di epididimiti tubercolari. Abbiamo in tutti i casi eseguito la cura conservativa mediante iniezioni locali di iodio, raggi ultra violetti ecc. con buon risultato. Solo in 5 casi abbiamo eseguito la emicestrazione per una diffusione del processo anche al testicolo o perchè richiesti con insistenza da malati che dovevano lavorare e stare bene subito.

Sono stati operati 30 varicoceli tutti in anestesia locale. Ad alcuni oltre alla resezione del plesso anteriore, è stata eseguita la resezione della pelle dello scroto. In questi casi per evitare gli ematomi tanto frequenti, abbiamo eseguito con buon risultato una sutura emostatica con crine di Firenze al disotto dello schiacciatore con la stessa tecnica che per lo stomaco.

Sono stati operati 35 casi di idrocele, quasi tutti in anestesia locale. È stata sempre eseguita la eversione della vaginale, in qualche caso anche la escissione di una parte di essa.

Sono stati ancora operati 4 casi di idrocele del funicolo, 3 casi di cisti sopraepididimarie.

14. - ORGANI GENITALI FEMMINILI.

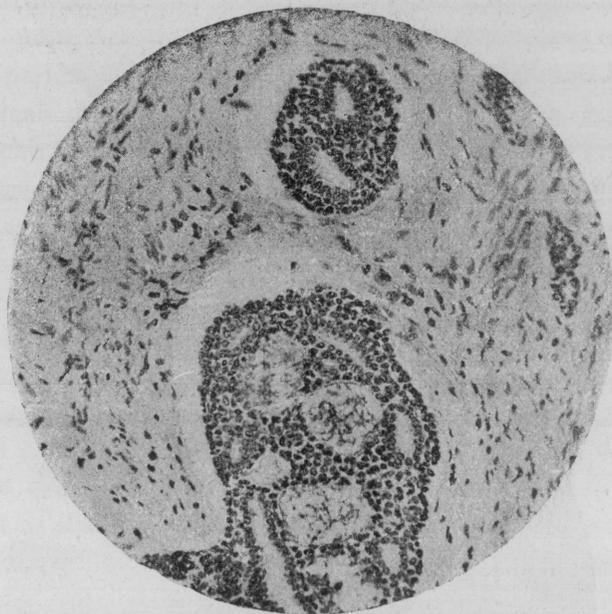
Sono state eseguite 29 colpo-perineo-plastiche. Una di queste operate è deceduta per embolia. Eseguiamo in avanti un largo scollamento della

vescica e suturiamo le espansioni anteriori degli elevatori dell'ano: posteriormente suturiamo i ventri dell'elevatore dell'ano. Lasciamo in vescica una sonda in permanenza.

Sono state operate 8 bartoliniti tra acute e croniche (in queste ultime asportiamo completamente la ghiandola).

Sono state eseguite 8 colpotomie per peritonite pelvica; due plastiche della vagina (uno per setto congenito, l'altra per stenosi congenita).

Sono state inoltre asportati 15 volte polipi uterini. Uno di questi casi è interessante perchè all'esame clinico il polipo aveva una mollezza tutta particolare, ed all'esame istologico ha dimostrato la struttura tipica del cilindroma. Questo caso è stato da noi descritto. È il primo caso nella letteratura in questa sede.



Cilindroma del collo dell'utero.

Zaffo tumorale in metamorfosi cilindromatosi.

Il piccolo zaffo superiore presenta invece aspetti di epitelio ghiandolare.

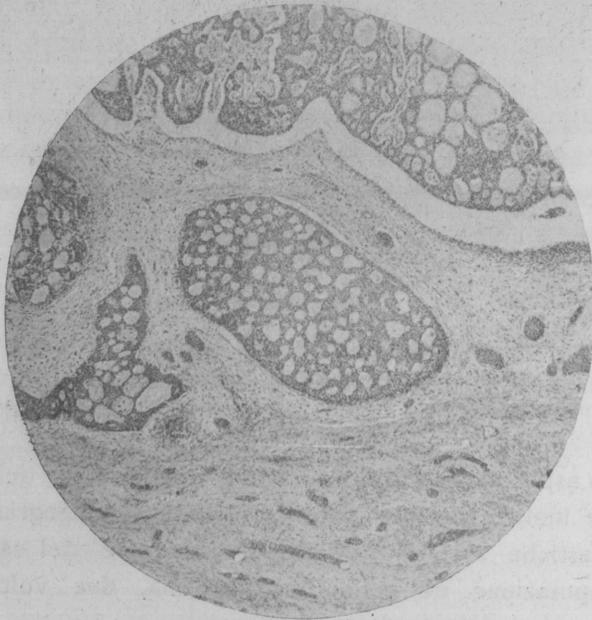
(a medio ingrandimento)

Sono state asportate 8 cisti della vagina, un epitelioma del grande labbro.

Sono state inoltre eseguite parecchie volte salpingografie; due volte operazioni plastiche sul collo, 20 volte dilatazione del canale cervicale; due volte amputazione del collo per ipertrofia, due volte plastiche del piccolo labbro per elefantiasi.



Cilindroma del collo dell'utero.
Formazioni tumorali in parte d'aspetto cilindromatoso in parte a tipo ghiandolare.
(a piccolo ingrandimento)



Cilindroma del collo dell'utero.
Aspetto tipico cilindromatoso.
(a piccolo ingrandimento)

Riguardo agli interventi addominali abbiamo eseguito: 76 isterectomie subtotali per fibroma, (uno di questi con necrosi centrale) con due decessi; 6 isterectomie allargate per fibroma; 9 isterectomie totali per cancro del collo (con un decesso); 10 isterectomie subtotali per metriti emorragiche; 1 isterectomia subtotale per rottura d'utero in travaglio. Una isterectomia totale per tubercolosi del collo.

Abbiamo inoltre operato 16 cisti ovariche semplici; 18 torte sul peduncolo; 8 rotture di gravidanze tubariche (con un decesso).

Abbiamo eseguito 8 volte l'isteropessi pelvica; 17 volte l'annessiectomia per piosalpinge; 4 volte l'annessioctomia per tumori ovarici solidi. Due di queste meritano speciale menzione.

Nel primo si trattava di una ragazza di 20 anni in cura da molti mesi per peritonite tubercolare. Siccome non esisteva febbre e i caratteri del liquido non erano per un processo infiammatorio, decidemmo una esplorazione. Nel peritoneo parietale e viscerale esistevano innumerevoli tumori, quali come fagioli, quali di poco più grandi, i quali però erano asportabili con facilità, senza che il peritoneo sanguinasse.

Punto di partenza era l'ovaio destro, che presentava un tumore in parte cistico, in parte solido, grande come una grossa arancia, con vegetazioni anche nella superficie esterna. Fatta diagnosi di carcinosi peritoneale si asportò un frammento per esame istologico e si chiuse la parete.

Dobbiamo al Prof. Vernoni (il quale rispose trattarsi di un tumore ovarico con caratteri di non assoluta malignità) se abbiamo avuto il coraggio di rioperare la paziente dopo soli 20 giorni. Abbiamo asportato il tumore ovarico e abbiamo fatto una toletta accuratissima del peritoneo asportando uno per uno i piccoli tumori esistenti.

A due anni di distanza la paziente sta bene.

Nel secondo caso si tratta di una gemella che a distanza di un anno dalla morte della sorella (operata di cistoma ovarico destro e carcinosi peritoneale secondaria) è stata da noi operata di un tumore ovarico della stessa natura e nella stessa sede.

Questi due casi sono stati oggetto di una pubblicazione.

15. - AFFEZIONI DEGLI ARTI.

Nelle lesioni traumatiche esposte, in cui il trauma risaliva a poche ore, è stata fatta la detersione meccanica e chimica delle ferite e praticata la sutura totale.

La sutura totale è stata fatta anche quando esistevano lesioni articolari e dello scheletro. Fratture e lussazioni esposte: (42 casi in tutto). Ci siamo trovati soddisfatti di questo modo di procedere; in un buon numero di casi si è ottenuta la guarigione per prima intenzione. In seguito abbiamo curata la frattura come se fosse chiusa.

Quando le lesioni rimontavano a molto tempo abbiamo esciso le parti mortificate, accostate i monconi ossei con un filo, eseguita una toletta accurata della ferita, tamponato largamente ed eseguito un apparecchio gessato fenestrato. Tuttavia 9 volte siamo dovuti ricorrere ad amputazione per lesioni gravissime, specialmente dovute agli ingranaggi delle macchine trebbiatrici nei contadini.

Come antisettici abbiamo usato in prevalenza il liquido di Dakin, l'alcool, la tintura di iodio, l'acqua ossigenata e l'etere.

Abbiamo curato una grande quantità di frattura, (circa 600) e lussazioni, (circa 120), sulle quali non è il caso di entrare in dettaglio; solo diciamo che seguiamo alla lettera gli insegnamenti di quel grande libro che è « La tecnica del trattamento delle fratture » di Lorenzo Böhler. Siamo attrezzati con i principali apparecchi della moderna tecnica.

Interventi cruenti nelle fratture ne abbiamo eseguiti solo in quelli della rotula (7), in quelli dell'olecranon (6), e nelle fratture molto scomposte che sono venute a noi dopo mesi dal trauma (fratture mal consolidate) (19). In questi casi abbiamo qualche volta eseguita la semplice riduzione cruenta, qualche volta una sintesi con filo grosso di catgut: da molti anni non adoperiamo più materiale metallico di nessun genere.

Sono stati curati 41 casi di osteomieliti, tra acute e croniche. Per le forme acute abbiamo usato la terapia aspettante; siamo intervenuti solo quando il pus sollevava le parti molli; e non abbiamo mai aperto il canale midollare. Nelle osteomieliti croniche siamo intervenuti a togliere sequestri, ma solo dopo lunga attesa e quando questi erano ben mobili.

Abbiamo curato 20 artro-sinoviti acute purulente; in qualcuna di queste è avvenuta la guarigione con la puntura e il lavaggio dell'articolazione con il liquido di Dakin; il più spesso abbiamo eseguito artrotomie; una volta la resezione della testa del femore.

Tra i tumori ricorderò due sarcomi delle fasce, 3 tumori a mieloplassi (uno del perone, uno del femore e uno della tibia, curati il primo con la resezione e gli altri due con lo svuotamento); e un caso di numerosissimi e grandi encondromi delle dita; due pazienti con sarcomi del femore non hanno voluto sottoporsi ad intervento.

Fra le affezioni traumatiche chiuse ricorderò due casi di pseudo-artrosi del collo del femore, uno in una donna di 75 anni, l'altro in una donna di 55 anni, operati col metodo di Wytman (trans-posizione del grande trocantere ed arroplastica), con buon esito funzionale.

Sono stati curati 25 casi di piedi torti; a molti di essi abbiamo eseguiti apparecchi modellanti; ai bambini più grandi l'allungamento del tendine di Achille e la resezione cuneiforme del tarso; sono stati operati anche due casi di sindattilia.

20 interventi sono stati eseguiti per vene varicose (operazioni di Trendlemburg). Talvolta abbiamo eseguito la sezione circolare della cute al di sopra dell'ulcera varicosa. Ma la maggior parte delle volte abbiamo eseguito le iniezioni sclerosanti con uretano e chinino. Abbiamo curato una grande quantità di malati in questa maniera senza avere mai avuto incidenti, e con buone guarigioni. Mettiamo un laccio al di sopra del settore da trattare; facciamo una iniezione intravenosa di un cc³ di uretano e di chinino (chinino ctg. 20, uretano ctg. 40) ogni settimana; e perchè l'iniezione risulti anche perivenosa, appena iniettato tutto il liquido, approfondiamo l'ago fino a perforare la parete venosa posteriore; ritiriamo quindi lentamente fino a che fuoriesca dalla parete venosa anteriore e lo lasciamo così per qualche secondo, in modo che il sangue che fuoriesce dalla parete anteriore dalla vena stessa (che contiene un poco di medicamento) non venga all'esterno. Subito dopo mettiamo una fascia di garza leggermente stretta. Due volte (in malati portatori di ulcere grandi e ribelli) abbiamo posta la safena per tutta la sua lunghezza sotto l'aponeurosi della coscia e della gamba, (questi interventi hanno fatto oggetto di una memoria). L'esito è stato veramente buono. Sono guarite anche le ulcerazioni. Non abbiamo praticato più questo intervento perchè le iniezioni sclerosanti sono più semplici e danno lo stesso risultato.

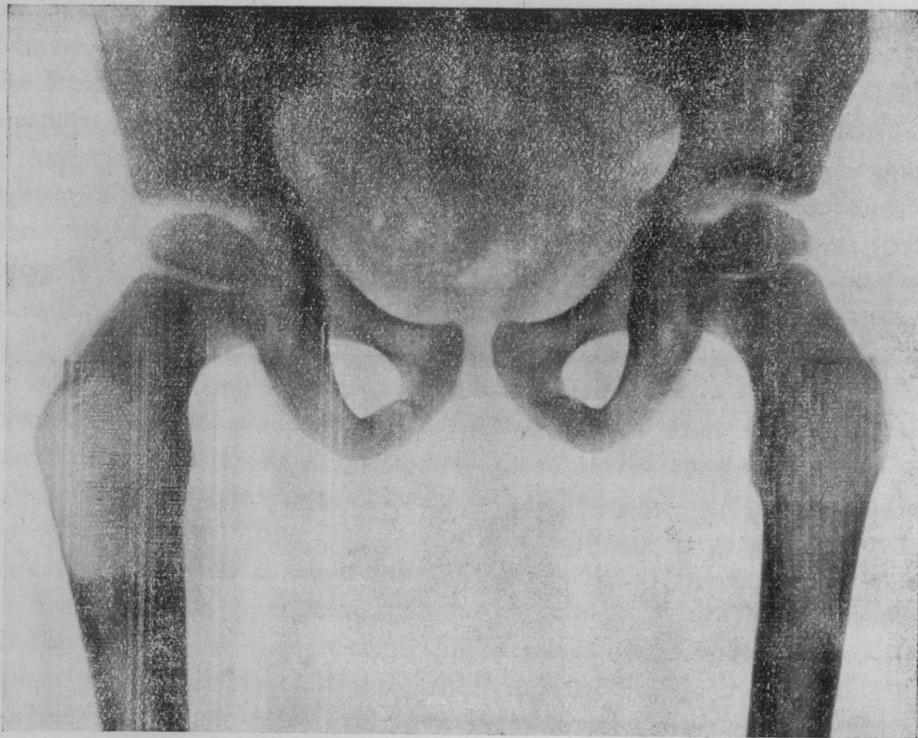
Molti malati curati con iniezioni sclerosanti, rivisti però dopo due tre anni mostrano ancora gozzi varicosi; il che significa che il lume venoso si ricostituisce.

Abbiamo avuto modo di curare un certo numero di casi di disturbi trofici vascolari degli arti inferiori, sotto forma di ulcerazioni delle gambe o dei piedi, non dipendenti da lues; di ulcere perforanti; di ischemie più o meno circoscritte, transitorie o permanenti; di cancrene secche o infette, di fenomeni dolorosi.

Operazioni demolitive primitive sono state eseguite in presenza di gangrene infette o di gangrene già delimitate. Più spesso si è ricorso alle

amputazioni quando le pregresse operazioni conservative si erano dimostrate inefficaci. Di tali operazioni demolitive ne sono state eseguite 14. Nelle gangrene diabetiche a arteriosclerotiche abbiamo amputato seguendo quattro regole che crediamo fondamentali: anestesia lombare, amputare al terzo medio della coscia; non mettere il laccio emostatico; lasciare aperta la ferita operatoria.

L'anestesia lombare non è dannosa perchè si tratta di malati ipertesi; l'amputazione della coscia al terzo medio si rende necessaria per lo stato delle arterie; amputando sotto il ginocchio spesso si hanno gangrene sul moncone; il laccio favorisce la formazione di trombi; il tamponamento evita l'infezione frequentissima per la presenza della linfangite. Siamo arrivati a questa esperienza dopo molti casi operati in due anni di servizio all'Isolamento del Policlinico di Roma, e dopo molti insuccessi.



Cisti solitaria del femore. Vuotamento e trapianto osteo periostali.

In 2 casi di ulcerazioni della gamba abbiamo eseguito la simpaticectomia periarteriosa. Siccome il risultato non è stato favorevole, nei casi



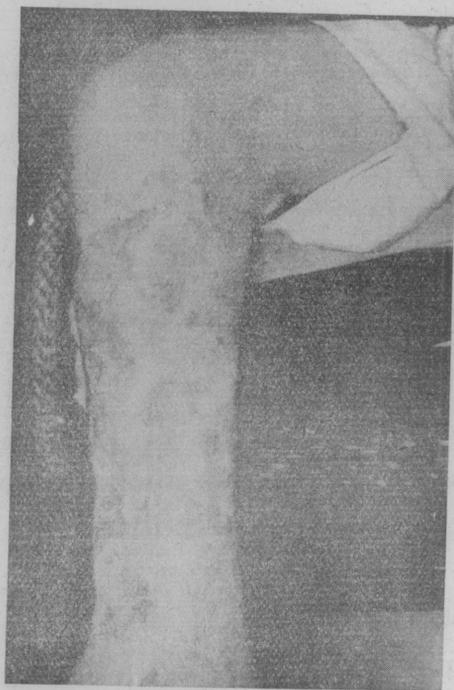
6 mesi dopo.

successivi abbiamo eseguito con esito ugualmente sfavorevole la simpaticectomia lombare.

Questa operazione ci ha dato però risultati favorevoli in due casi di morbo di Buerger. Altri interventi sono stati eseguiti per le più svariate affezioni.

- 3 alluci valghi (resezione della testa del metatarso)
- 2 dita a martello (resezione dell'articolazione falango falangea)
- 4 cisti del poplite
- 6 igromi prerotulei
- 6 borsiti prerotulee
- 5 regolarizzazioni di monconi di amputazioni
- 1 neurrafia del mediano dopo tre mesi dalla ferita (l'esito è stato a distanza di un anno, buono)
- 2 osteotomie per ginocchio valgo

- 1 resezione cuneiforme della tibia
 - 3 tenotomie
 - 1 osteocondrite dissecante dell'omero
 - 1 disarticolazione della spalla
 - 1 cisti congenita del femore (vuotamento e trapianti osteo periostali)
 - 2 artrodesi sottoastragaliche
- Moltissimi innesti dermo-epidermici



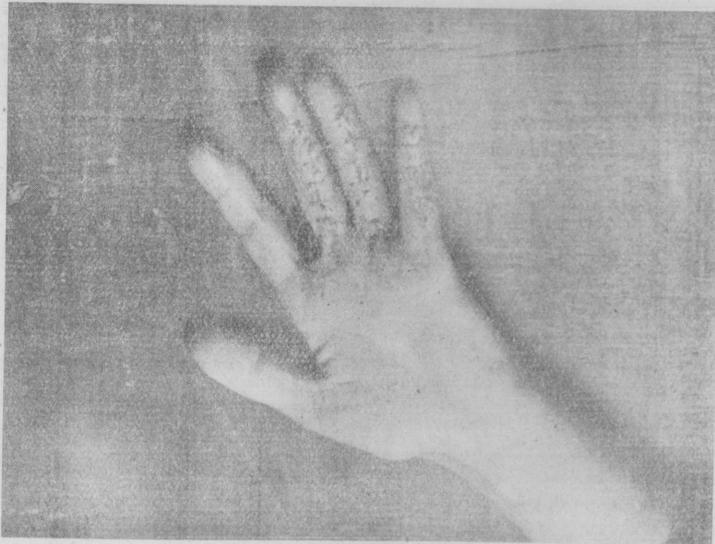
Asportazione traumatica di tutta la pelle dell'avambraccio.
 Guarigione con innesti dermo ipodermici per infissione.

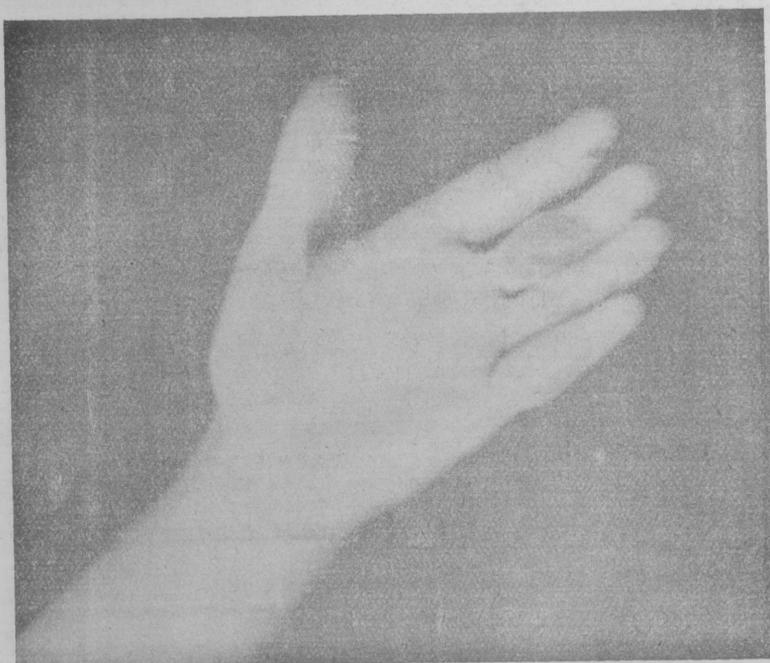
Molte plastiche per retrazione cicatriziali (con lembi pedunculati o tubolari).

Sono stati incisi 390 tra flemmoni e ascessi. Sono stati asportati alcuni tumori cutanei, apparecchi gessati per morbo di Pott, artrite t. b. c. del ginocchio, dell'anca tibiotarsica; eseguite disarticolazioni e amputazioni di dita dalla mano, asportati molti corpi estranei, in maggioranza aghi.



Retrazione cicatriziale delle dita.
Plastica con lembo peduncolato preso dall'addome.





Un anno dopo.



71149

16. - INTERVENTI OSTETRICI.

Operate	F E T O		MADRE	
	vivo	morto	viva	morta
Applicazione di forcipe per inerzia	40	40	—	40
» » per presentazione faccia	2	2	—	2
» » per vizio di bacino	8	8	—	8
» » per procidenza del cordone	2	—	2	2
» » per eclampsia	2	2	—	2
» » per presentazione di fronte	4	4	—	4
» » per rotazione sacrale dell'occipite	2	2	—	2
Rivoigimento classico per presentazione di spalla	24	20	4	20
Craniotomie su feto morto per presentazione di fronte	4	—	4	4
Craniotomie su feto morto per prolasso del cordone	4	—	4	4
Craniotomie su feto morto per presentazione di faccia	2	—	2	2
Craniotomie su feto morto per vizio di bacino	4	—	4	4
Craniotomie su feto morto su testa seguente	2	—	2	2
Craniotomie su feto rottura utero	2	—	2	2
Embriotomie per presentazione di spalla trascurata	2	—	2	2
Estrazione podaliche	36	35	1	36
Parto forzato per eclampsia	8	7	1	8
Metreurisi (Tarnier)	4	3	1	4
Metreurisi (pallone di Champetier) per placenta previa	4	2	2	4
Tagli cesarei per viziatura pelvica	12	12	—	12
Placenta previa laterale	2	2	—	2
Tagli cesarei per placenta previa	8	8	—	7
Distacco di placenta previa	2	—	2	—
Suture di lacerazioni	16	—	—	16
Idrocefalie fetali	4	—	—	4
Secondamenti manuali	12	—	—	12
Setto vaginale ostacolante il parto	2	—	—	2
Revisione uterine per aborto incompleto	376	—	—	376
Revisione uterine per aborto interno	2	—	—	2
Revisione uterine in puerperio	66	—	—	66
Revisione uterine per molla vescicolare	8	—	—	8
Revisione uterine a scopo biopsico	10	—	—	10
Revisione uterine per metrite	8	—	—	8





