

223

ISTITUTI OSPITALIERI DI MILANO

Sulla contusione addominale

Prof. LUIGI PIZZAGALLI, *Chirurgo Primario - Capo Guardia.*

Conferenza tenuta ai medici condotti all'Ospedale di Chiari (Brescia)
il 13 giugno 1935.

Estratto da « La Medicina Contemporanea »

Anno II - N. 3 (marzo 1936-XIV)

81
B
64

Tipografia Editoriale Umberto Franchini & C.
Via Amedeo Peyron, 26 - Torino

ISTITUTI OSPITALIERI DI MILANO

Sulla contusione addominale

Prof. LUIGI PIZZAGALLI, *Chirurgo Primario - Capo Guardia.*

Estratto da « La Medicina Contemporanea »

Anno II - N. 3 (marzo 1936-XIV)



Tipografia Editoriale Umberto Franchini & C.
Via Amedeo Peyron, 26 - Torino



Egredi Colleghi,

Ho accettato volentieri l'incarico di parlarvi del tema « contusione addominale » quantunque sappia che esso è un tema assai noto, un tema al quale certamente ognuno di voi potrebbe portare il contributo della propria osservazione, ma è appunto perchè posso dalle mie osservazioni valutare tutta l'importanza di tale contributo, che non mi è parso del tutto inopportuno richiamare brevemente la vostra attenzione su questo importante capitolo di chirurgia addominale d'urgenza. Con ciò già vi definisco, in certo qual modo, il tema stesso. Specificandolo come tema chirurgico, vorrei prima di tutto farvi bene comprendere come esso sia tema pieno di responsabilità, come, e certamente voi pure vi sarete trovati nelle mie stesse condizioni, esso sia un tema pieno di dubbi, di incertezze, di non indifferente difficoltà diagnostica ed anche terapeutica, così da essere tanto causa di soddisfazioni, quanto causa delle più amare delusioni.

E' un po' il tema dei « forse » se avessi fatto operare prima, se non si fosse aspettato tanto, se avessi meglio considerato quella data circostanza di fatto, se avessi meglio apprezzato quel sintomo, ecc., forse si sarebbe potuto salvare una vita e il rinerescimento di quanto non si è fatto, non si è potuto, o non si è voluto fare resta nell'animo nostro di medico, di chirurgo, quantunque la nostra responsabilità possa apparire minima, rispetto a tutte le circostanze che hanno influito sulla nostra azione stessa. E tali circostanze sono molte, dall'influenza dell'ambiente, dei famigliari, del ferito, dalle condizioni di questo, spesso all'inizio subdole e spesso tali da far apparire pericolosa ogni ulteriore azione traumatizzante, alla diversità dei giudizi di esame che, colla loro contrarietà, influiscono e deviano da un giudizio sereno e fanno ritardare un tempo utile, l'unico tempo prezioso per riparare e dominare lesioni, così spesso, purtroppo per la loro stessa gravità e per la gravità delle loro conseguenze, causa di morte. L'osservazione

continua metodica spassionata ha almeno portato a questo vantaggio, che oggigiorno un medico non dovrebbe mai assumere da solo la grande responsabilità della cura di un contuso addominale. Questo deve al più presto essere affidato al chirurgo. Se valuto quanto succede da noi in un grande centro dove il ferito è per lo più rapidamente inviato all'Ospedale e da noi tenuto in continua diretta osservazione e dove malgrado ciò qualche volta siamo caduti in errore, sia intervenendo forse inutilmente, sia ritardando di qualche ora un intervento più che necessario, mi è facile pensare quanto può succedere in centri minori, in località lontane da tali centri e in disagiate condizioni di trasporto. Passano ore, si attende inutilmente e il contuso addominale muore e non muore tanto per lo stato di shock, di commozione viscerale, ma muore per emorragia interna o muore per peritonite da lesione interna viscerale, lesioni che, dominate a tempo da un pronto intervento chirurgico, sono suscettibili di guarigione, di salvezza.

Bastano poche ore, perchè la peritonite si diffonda e si renda mortale, bastano poche ore perchè una emorragia si determini, si rinnovi e uccida. Di ciò il medico non dovrebbe mai dimenticarsi e possibilmente rapidamente esso dovrebbe sempre dislocare sul più vicino centro ospedaliero il suo ammalato. Non dovrebbe incorrere nell'errore di aspettare che si rendano evidenti nella loro imponenza dei sintomi di lesione interna. In generale tali sintomi sarebbero già tardivi, non sarebbero più suscettibili di un successo.

Parlano per ciò numerose statistiche, che io mi limito ad accennarvi ricordando solo che in generale la percentuale di guarigione degli interventi chirurgici per interventi addominali, eseguiti prima che siano passate 24 ore dal trauma, varia dal 40 al 50%, mentre scenderebbe al 3% per gli interventi praticati dopo le 24 ore. E così per la mortalità (statistica di Siegel) che sarebbe del 15,2% per interventi eseguiti da 1 a 4 ore dopo l'accidente e del 44% per quelli praticati da 5 a 8 ore per salire al 63,6% per interventi tra le 9 ore e le 12 ore e al 70% per gli interventi dopo le 12 ore. Fatto del resto

ormai noto e che risulta pure dalla nostra statistica. Il successo operatorio è tanto più sicuro, quanto più precocemente si interviene. Come vedremo meglio in seguito, ciò sarebbe in certo qual modo contrario, alla così detta cura aspettante, alla aspettativa armata di alcuni chirurghi, cosa però che va interpretata nel suo giusto senso.

Risolvere il ferito dallo stato di schock è e deve essere il primo compito del medico, ma ciò non dovrebbe essere l'unico suo compito. Egli deve, migliorate le condizioni generali, passare a valutare nel modo più preciso la sintomatologia presentata dal contuso e rapidamente diagnosticare una possibile lesione interna. Sarà la possibilità di una lesione di un organo parenchimatoso (fegato, rene, milza, pancreas ecc.) o di un grosso vaso per lo più caratterizzata dai sintomi di emorragia interna, di anemia acuta; o sarà la lesione di un viscere cavo, per lo più del tubo digerente, causa per lo più di peritonite acuta, che egli dovrà minutamente ricercare, ma si sa tutta la difficoltà di tale ricerca e di tale diagnostico, quando non si hanno dei sintomi chiari di questa lesione interna e tanto meno quando sintomi precoci di essa mancano o sono mascherati dallo stato di commozione viscerale e, cosa ancor più importante, quando mancano all'inizio dei sintomi imponenti veramente imperativi, tali da comandare l'intervento laparotomico su un ferito in condizioni generali così depresse e così poco favorevoli per un atto chirurgico. Parechie delle mie osservazioni possono dimostrare purtroppo il danno avuto appunto dalla mancanza di una tale sintomatologia, mancanza che portò a tergiversare, ad attendere e ad intervenire quando non si aveva quasi più nulla a sperare. Vi appare così tutta l'importanza di ogni minimo dato soggettivo ed oggettivo, capace di illuminare questo diagnostico precoce. Nulla deve essere trascurato. L'indagine anamnestica stessa deve essere minuziosa: ogni più piccola circostanza eziologica messa in luce: non va dimenticato, che alcuni dati possono, già di per sè soli, avere quasi un valore caratteristico: la modalità della contusione, sappiamo il meccanismo di essa: per percussione: il tipico calcio di cavallo, l'urto dell'addome contro uno spigolo, una sporgenza, ecc.: per pressione: il passaggio di una ruota sull'addome, la compressione dell'addome tra due respingenti, tra un muro e un carro ecc.: per contraccolpo, come si ha nelle cadute sulle natiche, sui piedi, sulla testa per azione trasmessa indiretta; per contrazione violenta dei muscoli addominali: tipiche lacerazioni spontanee dei muscoli retti addominali che, in certe circostanze, possono pure associarsi a lesioni interne. E' nota poi l'importanza che può avere una esatta valutazione della violenza, della intensità

del trauma specie oggigiorno col maggior numero di contusioni addominali determinate da incidenti di veicoli a motore; della durata, della direzione, della sede del trauma e di tutte quelle condizioni di ordine anatomico, fisiologico e patologico, costituenti sia condizioni favorevoli predisponenti, sia condizioni di ostacolo all'azione del trauma stesso.

Ricordo così la posizione del corpo al momento del trauma, il suo giacere su un piano rigido: lo stato dei muscoli della parete addominale, lo stato di ripienezza o meno dei visceri; la loro maggiore o minore distensione per opera di masse solide, liquide, gassose; lo stato invece di vacuità del viscere stesso, come pure vi è nota l'importanza che possono assumere delle speciali condizioni patologiche, precedenti sia a carico dei visceri sia a carico della parete addominale stessa, come ad esempio la presenza di tumefazioni erniarie ecc. In generale, tra tutte queste cause e la modalità del trauma, sussiste una relazione, quantunque non di valore assoluto, nella determinazione della lesione stessa. Questa potrà così essere varia e sarà dalla conoscenza di tali lesioni, dalla loro possibilità e frequenza, dalla loro nota relazione con l'azione di particolari modalità di contusione addominale, che il giudizio diagnostico potrà notevolmente avvantaggiarsi. E' questo un fatto che ci porta a considerare un po' il quadro anatomopatologico della contusione addominale. Io vi ricorderò per esso un po' schematicamente quanto noi stessi osservammo. Vi accennò appena ai noti casi di contusioni semplici addominali senza lesioni viscerali, contusioni delle sole pareti addominali con versamenti emorragici cutanei, sottocutanei, inter o intramuscolari, preperitoneali, o con lacerazioni muscolari più o meno estese, che in alcuni casi per l'intensità e gravità dei sintomi addominali, specie del dolore e della difesa addominale, possono indurre ad un intervento laparotomico. In tre di tali casi noi riscontrammo solo concomitanti ecchimosi omentali diffuse, in uno un ematoma diffuso tra i foglietti del mesocolon trasverso, in un terzo caso dove la lesione era la causa diretta, urto contro la stanga di un carro, l'ampiezza della lacerazione muscolare e peritoneale era tale che per essa si rese possibile la formazione acuta di un'ernia sottocutanea della massa viscerale sottostante.

Tra le contusioni semplici posso ricordarvi anche il caso di un aviatore caduto da notevole altezza, riportando una grave contusione e lesione della colonna lombare e lesione addominale da contraccolpo: almeno in tale senso fu interpretata la sintomatologia addominale presentata, essenzialmente caratterizzata da dolore e da un notevole grado di meteorismo: si fu indotti per questo ad intervenire per via

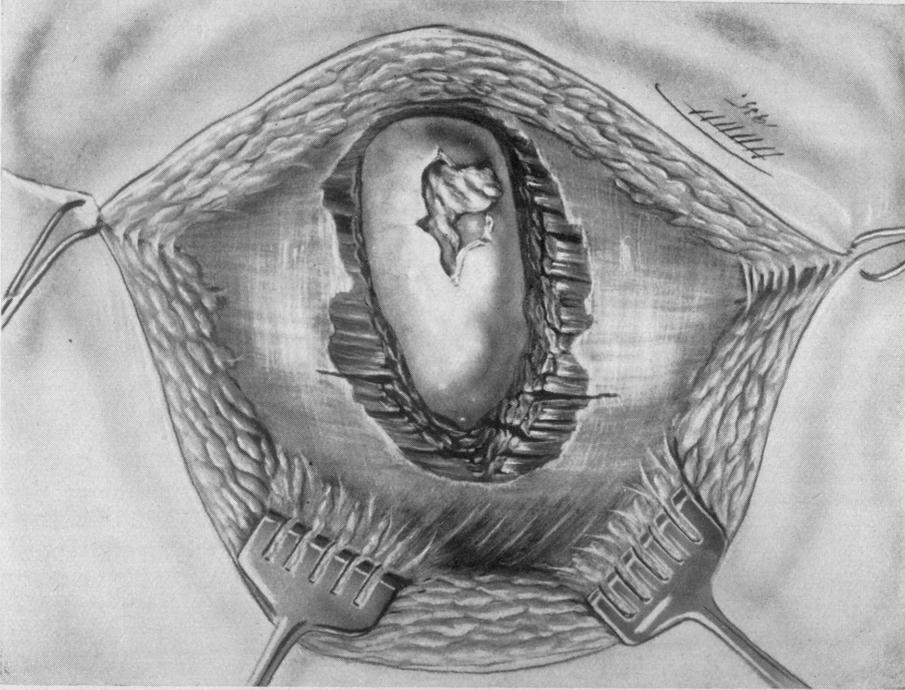


Fig. 1.
Contusione addominale - Rottura parziale della parete
muscolare e del peritoneo - Ernia del peritoneo,
procidenza di omento.

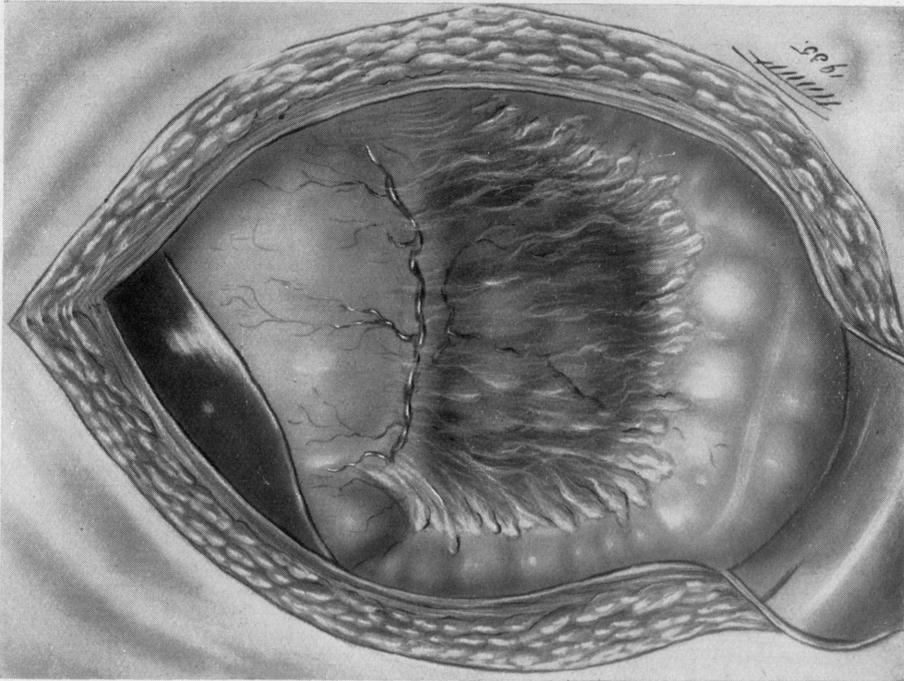


Fig. 2.
Contusione addominale - Ematoma dell'omento e del
legamento gastrocolico.

laparotomica: il reperto di esplorazione fu assolutamente negativo: si aveva una spiccata paresi intestinale con notevole distensione di anse, con tutta probabilità unicamente in rapporto con la stessa contusione midollare dorso-lombare. In tal caso si ebbe guarigione: la laparotomia esplorativa ebbe almeno qui il valore di toglierci dal dubbio e dalla grande responsabilità di lasciar passare inavvertita una possibile concomitante lesione viscerale.

Come contusione senza lesioni viscerali sono poi da ricordare, e le contusioni perineali che, come vi è noto, possono essere più o meno associate a rottura d'uretra, a frattura del bacino e, assai importanti in quanto possono sfuggire ad un primo esame superficiale ed essere a distanza causa di lesioni assai gravi, le nette contusioni con lesioni del diaframma. Io ho due interessanti casi di esse. In uno, a distanza di quasi venti giorni da un grave trauma addominale per investimento di automobile, già dimesso dall'ospedale e già, ritenendosi guarito, in completa ripresa della sua vita normale, io fui chiamato per un sospetto empiema pleurico sinistro. Si trattava di pleurite reattiva secondaria ad ernia in cavità toracica di gran parte dello stomaco e del colon trasverso, attraverso ad una larga spaccatura del diaframma. L'altro caso, pure di contusione addominale per investimento di auto, riguardava un'ernia diaframmatica del colon trasverso, lentamente organizzatasi, attraverso ad una rottura piuttosto ampia del diaframma. Il colon risaliva assai in alto in piena cavità toracica.

Più frequenti sono però gli esempi di contusioni addominali con concomitanti lesioni viscerali. Ogni organo può essere interessato così come si può avere l'associazione di più lesioni viscerali. Vi ricordo osservazioni di lesioni associate dello stomaco e del colon trasverso, del rene, della milza, del fegato e dell'intestino. Quest'ultimo è però certamente il più lesa e la sua lesione ha un carattere di spiccata gravità.

Come contusione addominale con lesione dello stomaco noi osservammo pochi casi. Io ne ricordo due, uno con una semplice echimosi interstiziale sottosierosa e sottomuosa, l'altro con lacerazione della parete anteriore, lesione da scoppio per aumento della pressione interna a stomaco pieno disteso da liquido e gas. In generale la rottura dello stomaco è l'esito di violenti traumatismi; grandi schiacciamenti; non è molto frequente anche perchè lo stomaco verrebbe ad essere in certo qual modo protetto dalla gabbia toracica. Furono descritte però lesioni di esso da contraccolpo, da strappamento dei suoi mezzi di fissità rappresentati, come è noto, dal legamento gastroepatico, dal legamento gastrospLENICO e dal legamento gastrofrenico. In

un primo tempo per la diagnosi della contusione gastrica si avrebbe quasi come segno patognomico l'ematemesi. L'ipofonesi ai fianchi, la scomparsa della ottusità epatica già farebbero supporre l'associazione di lesione di altri segmenti del tratto intestinale: in un secondo tempo si avrebbero i sintomi di complicazioni, specie i sintomi del flemmone perigastrico con l'eventuale successiva formazione di una fistola gastrica ecc. Le lesioni dello stomaco sono in generale assai gravi, di prognosi molto riservata. Esse danno per lo più una mortalità assai elevata, 90 %. Esse non sono suscettibili che della cura chirurgica ed il risultato di questa è più che mai in rapporto alla precocità dell'intervento nelle primissime ore e in condizioni favorevoli.

Recentemente, e il caso fu oggetto di una comunicazione del Collega *Della Mano* alla Società Lombarda di Chirurgia, osservammo una contusione addominale con lesione della seconda porzione del duodeno, lesione associata a parziale lesione del fegato. Si trattava di un ragazzo di 15 anni che aveva riportato in seguito a caduta da bicicletta un urto violento dell'ipochondrio destro contro il manubrio della bicicletta. La lesione con tutta probabilità più che da scoppio, meccanismo un po' eccezionale per il duodeno, fu determinata da schiacciamento diretta tra il corpo contudente rappresentato dal manubrio della bicicletta e la colonna lombare. Tale è il meccanismo di produzione più frequente per la lesione del duodeno in rapporto anche alla sua stessa fissità e sede. Per il duodeno furono pure descritte lesioni per strappamento. In ogni modo però tali lesioni sarebbero rare e pochissimi i casi noti. Il sopraccennato è finora l'unica osservazione della nostra statistica. Del duodeno si possono avere tanto lesioni contusive complete quanto lesioni incomplete, almeno inizialmente poichè queste potrebbero trasformarsi poi in complete per necrosi della parete stessa contusa e dar luogo a gravi complicanze tardive. Va ricordato che tali lesioni del duodeno possono essere intraperitoneali e retroperitoneali ed assumere gravità diverse. Non si avrebbero dei segni particolari per esse. Il vomito di sangue con tracce di bile, da alcuni considerato come caratteristico, non avrebbe un valore esclusivo, sarebbe poi un sintomo raro quasi eccezionale. Per le lesioni peritoneali parlerebbero poi tardivamente le varie complicanze, la fistola duodenale, la peritonite circoscritta, la stenosi, la duodenite flemmonosa, la trombosi della vena porta ecc. Si comprende così la gravità di tali lesioni, che anche un diagnostico accurato potrebbe soltanto eventualmente sospettare.

Anche nel nostro caso la diagnosi fu fatta solamente all'intervento chirurgico.

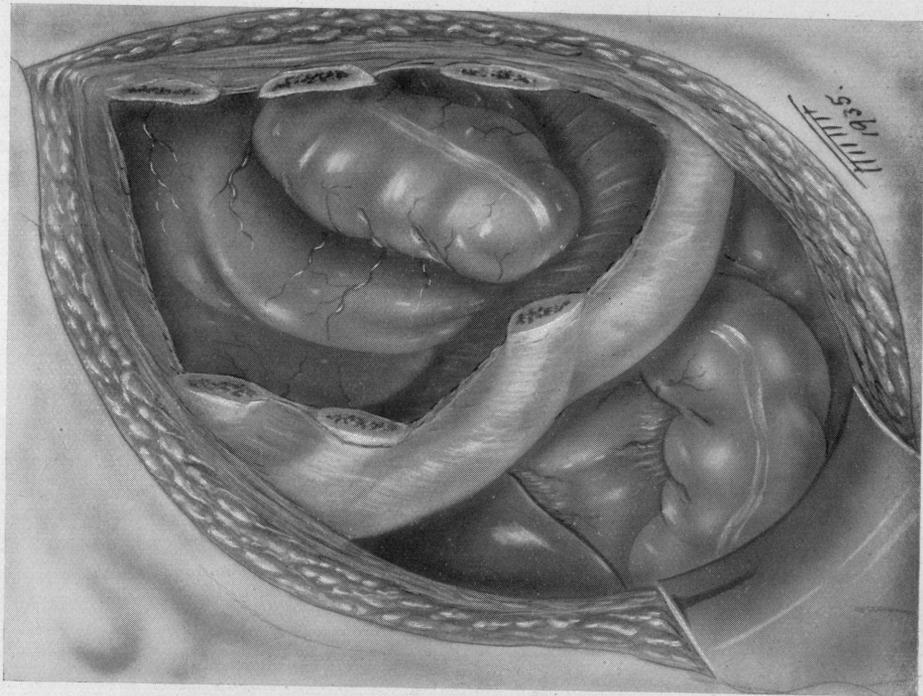


Fig. 3.
Contusione addominale - Lesione del diaframma - Ernia
secondaria diaframmatica dello stomaco e colon trasverso

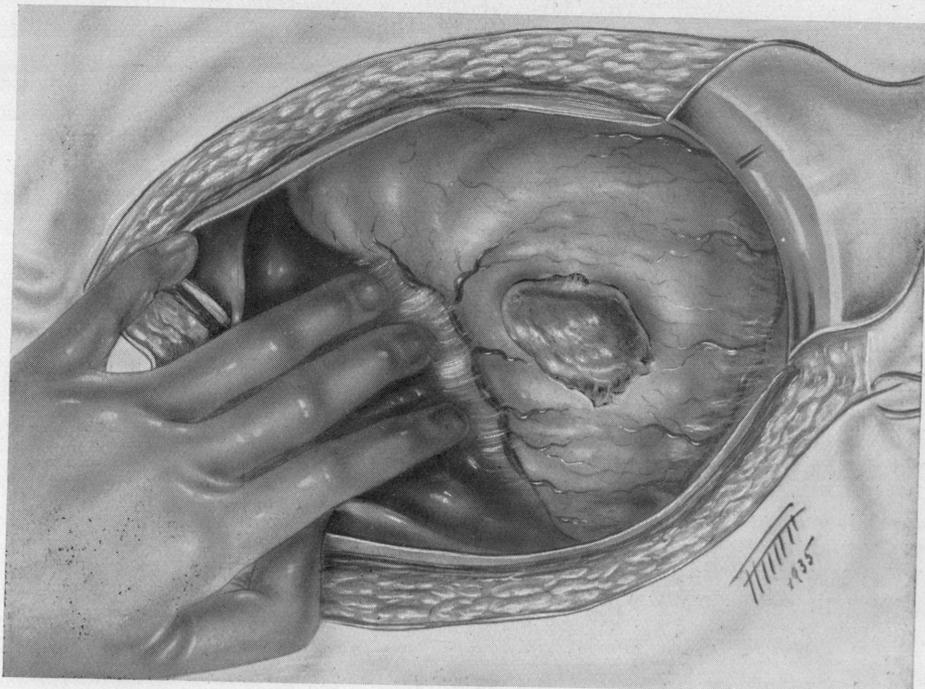


Fig. 4.
Contusione addominale - Rottura parziale dello stomaco
- Ernia della mucosa gastrica.

Dei vari segmenti intestinali colpiti noi osservammo per lo più lesioni dell'ileo; meno frequenti furono per noi le lesioni del digiuno e del colon nei suoi vari segmenti.

In generale, secondo recenti statistiche, il tratto più colpito sarebbe quello del digiuno ileo. Secondo *Grant-Massie* su un totale di 34 rotture del tubo digerente, 26 sarebbero state dell'ileo, una porzione cioè del 76 %, proporzione che secondo la statistica di *Wyss* 1929, salirebbe all'82 %. *Vergoz-Homar-Ricard*, avrebbero, in base all'esame di un lungo periodo di tempo, dal 1908 al 1933, rilevato pressapoco le seguenti proporzioni: contusioni con lesioni dello stomaco 13, del duodeno 41, del duodeno e stomaco 2, duodeno stomaco pancreas e colon I, digiuno ileo 121, digiuno ileo e colon trasverso 1, grosso intestino 8, retto 2, precisando così quanto in certoqualmodo era già noto, che le lesioni traumatiche del tenue si determinano per lo più sul digiuno e con una certa predilezione nelle vicinanze dell'angolo duodeno digiunale, mentre le lesioni traumatiche dell'ileo sarebbero più frequenti vicino allo sbocco ileo cecale. Ciò in relazione ai rapporti anatomici delle anse col piano osseo. L'intestino verrebbe cioè a schiacciarsi sia contro la colonna vertebrale sia contro la parete posteriore della cintura pelvica, fatto che oltre a mettere in evidenza tutta l'importanza della direzione dell'azione traumatica, perpendicolare, obliqua, parallela, alla parete addominale metterebbe pure in rilievo il valore della disposizione topografica stessa delle anse intestinali. Ricordo perciò quanto particolarmente *Guillaume* e specie *Gregoire* hanno schematicamente precisato in importanti lavori di anatomia medico-chirurgica. Le anse del tenue occuperebbero la parte sinistra dell'addome e la pelvi, le prime e le ultime di tali anse avrebbero nella cavità addominale una posizione determinata sia in rapporto alla colonna vertebrale sia in rapporto alla parte alta della cintura pelvica. Facendo in certo qual modo astrazione delle varie circonvoluzioni secondariamente assunte dalle anse del tenue si avrebbero 12 anse principali (*Vergoz-Homar* e *Richard*) le prime 6 orizzontali, le ultime 6 verticali: quelle, digiunali, parallele tra esse situate profondamente nell'area dell'angolo colico sinistro, nell'angolo dietro dato dalla colonna vertebrale all'indietro, la parete lombare e la parete laterale dell'addome all'esterno deborderebbero a destra nella regione peri-ombellicale e solo colla estremità interna della prima e della seconda ansa talvolta anche della terza sarebbero in contatto con la parte anteriore dei corpi vertebrali lombari. E' infatti a livello di tali anse vicino all'angolo duodeno digiunale che si può dire che regolarmente si determinano le lesioni da schiacciamento del tenue. Le tre anse successive non

avrebbero alcun rapporto col piano osseo e quasi costantemente sfuggirebbero all'azione traumatica. Le ultime 6 anse riposte verticalmente, e per il cambiamento di direzione del tenue si sa l'influenza della presenza del muscolo *psaos* sinistro, si trovano nel bacino protette dalla cintura pelvica ad eccezione però delle due anse terminali, che risalirebbero passando davanti al promontorio e alla sinfisi sacro iliaca restando così più facilmente esposte all'azione di un trauma.

Anche per le lesioni intestinali da contusione addominale vale la schematica distinzione di lesioni complete e incomplete: le prime date da ecchimosi, emorragie sottosierose, sottomuose, con scollamenti più o meno vasti delle tonache intestinali, le seconde rappresentate da lesioni oblique trasversali circolari con ernia della mucosa, costituente il cosiddetto tappo otturante. Esse sarebbero per lo più lesioni da scoppio, da strappamento, da pinzettamento e spesso sarebbero associate a lacerazioni più o meno estese del mesentere ed anche a lacerazioni o parziale distacco del grande omento con emorragie più o meno profuse. Una nostra statistica raccolta per ora dal 1914 al 1931 dal collega dottor *Della Mano* riassume su un complesso di 100 casi di contusioni addominali 45 casi di lesione dell'intestino. Figurano in essa le varie modalità del trauma: l'urto contro la stanga di un carro ed in tal caso alla lacerazione dell'ansa era concomitante un'ampia lacerazione dei muscoli retti addominali; l'azione di oggetti vari, gravi caduti dall'alto o proiettati con forza da macchine in moto: cadute da bicicletta, motocicletta, con frequente urto violento diretto dell'addome contro il manubrio; un caso di un colpo all'addome da ginocchio flesso durante un gioco, con lacerazione completa di un'ansa dell'ileo in vicinanza della valvola ileo cecale; i noti calci di cavallo che quasi sempre determinano lesioni intestinali multiple ed altri casi determinati da cadute accidentali, battendo l'addome contro il suolo o contro oggetti sporgenti, urti violenti contro un muro, contro la sbarra di un ponte ecc. Di recente osservazione è un mio caso di urto per caduta contro un gradino. L'urto si determinò su una voluminosa ernia inguinale scrotale incontenibile. L'ammalato fu ricoverato in ospedale in 4ª giornata dal trauma, in pieno sviluppo di una grave peritonite per rottura pressochè totale di un'ansa dell'ileo. Come sede la lesione intestinale si ebbe quasi sempre nel tenue o all'inizio dell'angolo duodeno digiunale o nell'ultimo tratto ileo cecale. In qualche caso la rottura dell'ansa fu doppia con una distanza da pochi a 15 centimetri tra una lesione e l'altra. Con frequenza minore si presentarono le lesioni contusive del grosso intestino. Noi abbiamo una sola lesione del sigma. Tali lesioni sono per lo

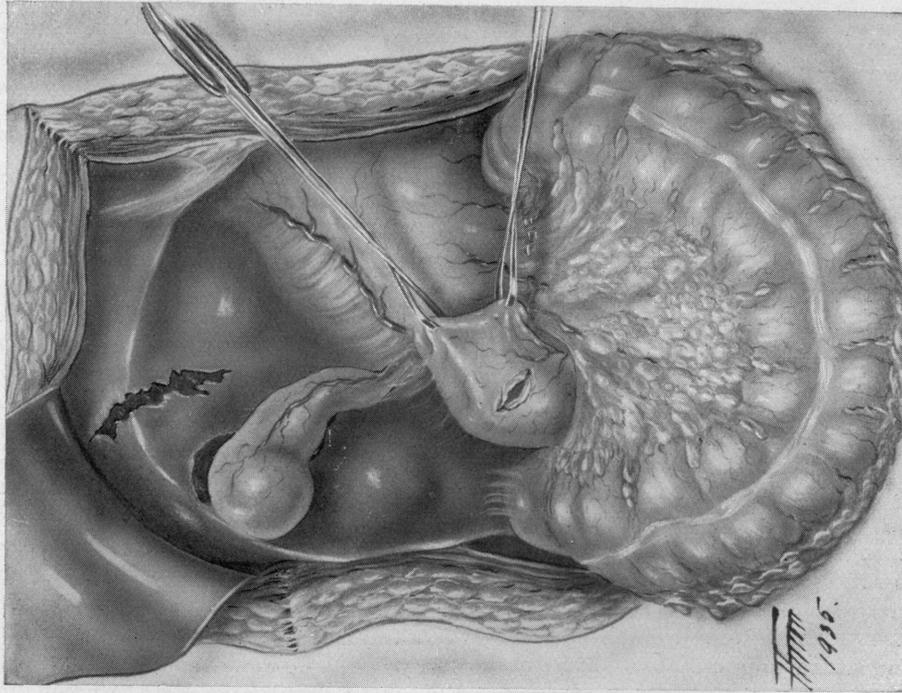


Fig. 5.
Contusione addominale con rottura parziale del duodeno,
del fegato - Distacco parziale della cistifellea.

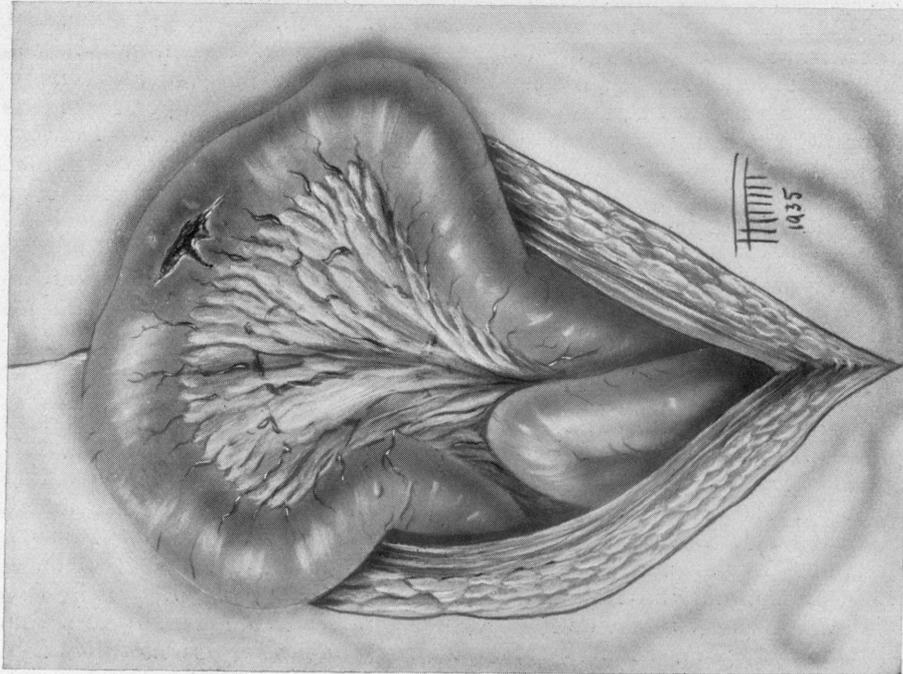


Fig. 6.
Contusione addominale.
Rottura parziale di ansa del tenue.

più in associazione a gravi lesioni ossee del bacino.

Trovrebbe qui posto un cenno alla appendicite traumatica, in quantochè furono descritti fatti contusivi su appendici precedentemente sane, come pure furono ricordati casi di trauma su appendici precedentemente ammalate: scoppio di empiema dell'appendice, rottura per trauma anche lieve di un ascesso periappendicolare. In una nostra osservazione tale rottura fu determinata da una grossolana manovra d'esame in un bambino: una forte pressione della mano. Tali casi sono però rari. Come vedremo riassumendo i dati sintomatologici per tali contusioni addominali complicati da lesioni dell'intestino non si avrebbero all'inizio sintomi assolutamente probativi. Il dolore, il vomito, il singhiozzo, il meteorismo, la diminuzione o scomparsa dell'aia di ottusità epatica, lo stato del polso, l'ipertermia o ipotermia, le varie zone ipofonetiche o l'ottusità ai fianchi, lo stato dei riflessi addominali cremasterici ecc. non avrebbero per la diagnosi precoce che un valore complessivo. Spesso sono già sintomi di un processo reattivo peritoneale avanzato. Avrebbe maggior valore e lo vedremo in seguito il sintomo della difesa della contrattura addominale. Tutte queste lesioni viscerali sono di prognosi assai riservata e tale prognosi potrà solo modificarsi in relazione con un intervento precoce o con la maggiore o minore possibilità di dominare ogni lesione e l'inevitabile processo di peritonite secondaria. Prima di accennare alle contusioni addominali con lesioni di organi parenchimatosi vi ricordo ancora casi osservati di lesioni contusive del mesenterio primitive o secondarie e dell'omento già accennate come lesioni associate a lesioni di altri organi. Esse possono sussistere anche sole. Sono lesioni per trazione, per pressione, per strappamento, per movimento a fionda come definiscono alcuni e sono lesioni rappresentate sia da emorragie, ematomi, sia da vere lacerazioni con varia direzione per lo più raggiate e possono poi assumere grande importanza sia come causa di ernie attraverso ad esse di visceri, per lo più di anse intestinali, di strozzamento interno, di occlusione intestinale sia, come in caso di lesioni di vasi mesenterici, quale causa di cancrena o necrosi del corrispondente tratto intestinale per mancata nutrizione. Anche tali lesioni non hanno una sintomatologia loro propria: forse all'inizio prevale per esse il quadro di anemia acuta da emorragia. Dove tale quadro può avere grande valore quasi patognomico, è poi nelle contusioni addominali con lesioni di organi parenchimatosi. Vi sono certamente note le rotture del fegato, della milza, del pancreas, del rene, dell'utero ecc.

E' un quadro che impone per lo più l'intervento laparotomico e la cura diretta della le-

sione dell'organo, conservativa o radicale a seconda delle condizioni. In linea generale, quantunque il valore di statistiche non possa essere assoluto vi sarebbe una maggior frequenza delle lesioni del fegato favorite sia da condizioni fisiologiche, volume peso sede, sia anche, e ciò più frequentemente, da condizioni patologiche (infezioni acute, croniche, sifilide, alcoolismo ecc.). Dal punto di vista anatomo-patologico le lesioni macroscopiche sarebbero per lo più rappresentate o da lacerazioni uniche o multiple, rettilinee sagittali, stellate a varia direzione, estensione e profondità, beanti sanguinanti, più o meno ripiene invece di coaguli ematici, di brandelli capsulari, ecc. o da vere rotture con distacco di frammenti più o meno voluminosi; talora si può anche parlare di frantumazione del fegato, rottura cioè a frammenti multipli più o meno numerosi, staccati in toto e per lo più immersi in veri allagamenti emorragici. Nel fegato si possono però anche osservare lesioni di minor entità ma certo di non minor valore come raccolte ematiche, ematomi superficiali sottocapsulari od anche ematomi intracapsulari, vere apoplexie del fegato con versamenti nello spessore del parenchima variabili per numero e volume, lesioni che possono riassorbirsi senza reliquati ma possono anche invece trasformarsi e dar luogo a cisti pseudo cisti o infettarsi ed essere causa di ascessi del fegato a decorso così subdolo e così grave. Di tali lesioni traumatiche del fegato spesso all'inizio non si hanno sintomi caratteristici anche nei casi di lesioni gravi. Come ho detto è per lo più il quadro dell'emorragia interna che rapidamente determina il collasso per anemia acuta; trova in essa abbastanza valore il fatto ad esempio della persistenza di un polso piccolo, irregolare, frequente meglio ancora del peggioramento del polso sia graduale sia improvviso con caduta della pressione sanguigna: sono cioè i sintomi del collasso che non riprendono, il continuarsi di esso malgrado ogni cura, quelli che devono chiamare l'attenzione sulla eventualità di tale lesione del fegato, lesioni che sono anch'esse di prognosi assai gravi. Esse hanno ancora una percentuale di mortalità assai elevata più del 60%. Anche la nostra statistica è a tale riguardo assai significativa.

Tra i traumatismi dell'ipocondrio destro abbiamo poi le lesioni delle vie biliari. Esse sono però rare. Io non ho finora avuto occasione di osservarne. Esse furono però descritte e per ordine di frequenza precederebbero la rottura della cistifellea, poi quella del coledoco, dell'epatica e del cistico. Furono osservate come lesioni uniche ma per lo più esse si presentano associate ad altre lesioni. Esse possono dipendere da varie cause: da schiacciamento, da stramento, da trazione; lesioni da scoppio si avrebbero specie per la cistifellea in date condizioni; in altri casi si

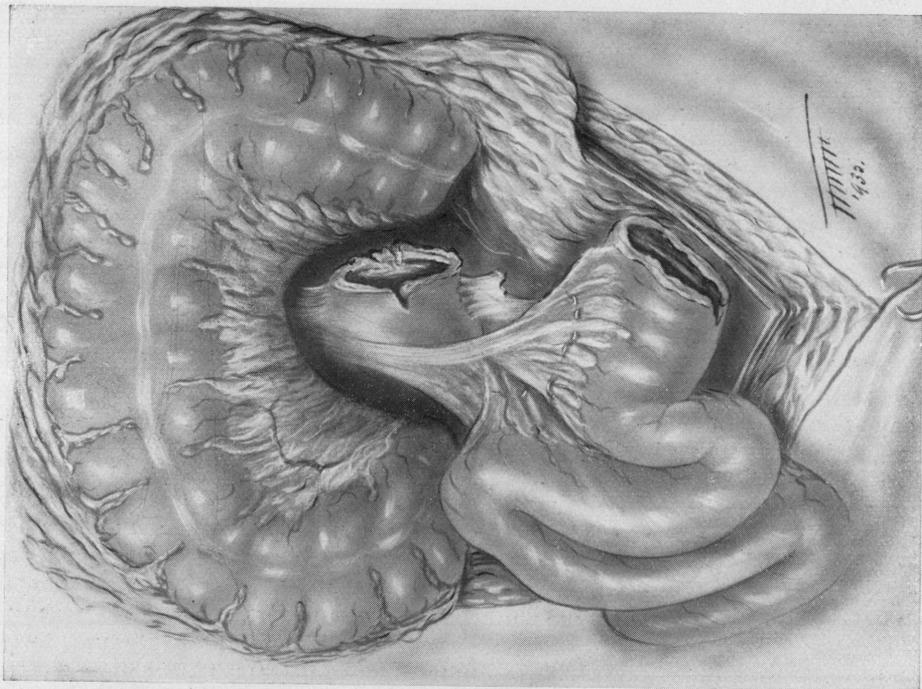


Fig. 7.
Contusione addominale - Rottura totale dell'intestino
(angolo duodenodigiunale).

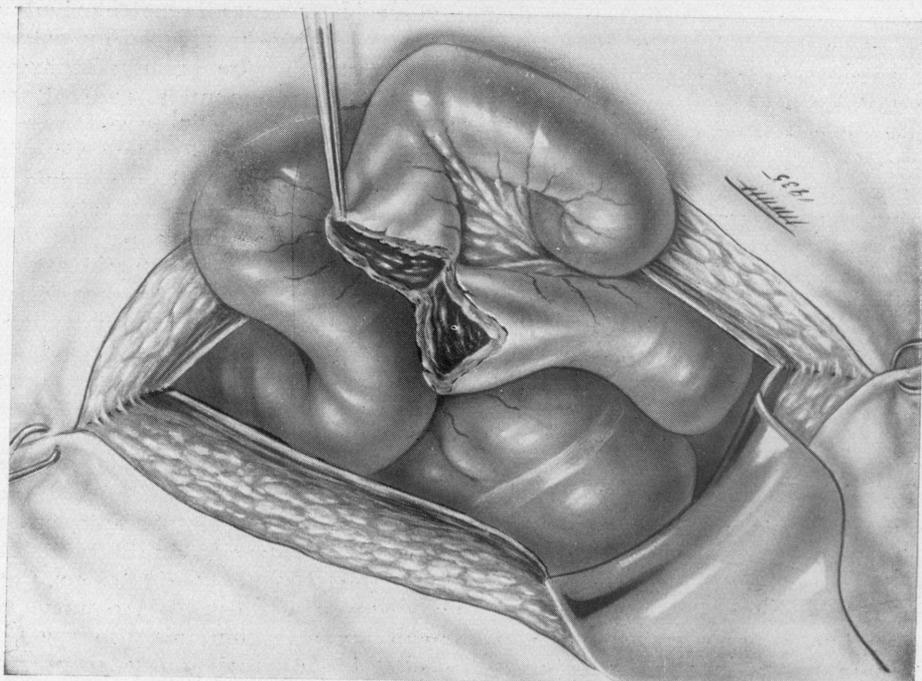


Fig. 8.
Contusione addominale - Rottura d'ansa intestinale
in vicinanza della valvola ileo-cecale.

potrebbe parlare di lesioni di strappamento, in caso, ad esempio, di caduta dall'alto sui piedi, sul capo, per azione indiretta. Come lesioni esse variano da rottura incompleta parziale a rottura completa con consecutivo versamento biliare più o meno cospicuo in cavità peritoneale. Sono anch'esse, spesso per le complicazioni, lesioni assai gravi e sono lesioni subdole, mancano di un vero iniziale caratteristico e possono decorrere per qualche tempo inosservate. In esse potrebbero essere distinte tre categorie di sintomi (*Amante*). 1° I sintomi propri della contusione addominale che sarebbero meno imponenti di quelli della rottura del fegato in rapporto alla minore emorragia; 2° i sintomi dovuti al versamento di bile che in generale si manifesterebbero due o tre giorni dopo il trauma e varierebbero dalla colorazione itterica più o meno intensa della congiuntiva e della cute, dalla presenza di pigmenti biliari nelle urine, segno, secondo *Biagi*, piuttosto precoce, ai segni di versamento libero o saccato nella cavità peritoneale; 3° i sintomi di intossicazione, cachessia, dimagrimento, anoressia, polso piccolo, frequente, sintomi non molto tardivi, precursori della morte per colemia.

Anche tali lesioni delle vie biliari sono di prognosi molto riservata quasi sempre letali se non sottoposte a trattamento chirurgico, e anche malgrado questo ancora con percentuale di mortalità superiore al 40%. Ugual gravità, uguali cause e condizioni noi troviamo poi nelle contusioni addominali determinanti lesioni della milza, sono anch'esse lesioni osservate con una certa frequenza e varianti da lesioni incomplete ematomi intra o extra capsulari, perisplenicici a lesioni complete rottura in varia direzione multiple che possono arrivare ad un vero spappolamento dell'organo. Noi l'abbiamo osservato forse con una maggior frequenza rispetto alla lesione degli altri organi parenchimatosi. Hanno anche esse come sintomo principale il quadro dello *shock* e dell'emorragia interna; per questa va ricordata la possibilità che essa si presenti tardiva dopo qualche tempo dal trauma. Anche noi abbiamo casi che presentarono tale intervallo di tempo libero, intervallo che permise al contuso di ritornare alla propria abitazione alle proprie occupazioni e richiedere poi più tardi improvvisamente il ricovero ospedaliero d'urgenza. Così pure avemmo casi che durante il periodo della nostra osservazione si rimisero dallo stato di *shock*, ripresero condizioni tali da consigliarci e permetterci il passaggio ad altri comparti chirurgici come se l'urgenza fosse scomparsa e che presentarono invece nei giorni successivi improvvisamente una nuova emorragia. In un caso, tale intervallo fu di otto giorni. Come sintomatologia oltre ai sintomi comuni avrebbe valore anche il sintoma dolore che dalla regione

splenica si diffonderebbe spesso all'intero addome e in qualche caso si irradierebbe pure alla spalla sinistra. Anche qui trova però grande importanza il sintomo della contrattura addominale che inizialmente più notevole nella parte superiore dell'addome si diffonderebbe ben presto a tutta la parete. Meno valore avrebbe il sintomo di *Pitts e Ballance*, dell'ottusità fissa alla percussione nella regione splenica e parti circostanti. Delle lesioni della milza va notato poi come facilmente esse siano lesioni associate a lesioni di altri organi particolarmente del rene. Noi ne notammo interessanti casi. Meno esposto, più protetto per la sua sede è il pancreas. Le sue lesioni traumatiche sottocutanee sono infatti piuttosto rare. Nella nostra recente statistica esso non figura. Io ebbi ad osservare due casi solo nel mio periodo di assistentato. Si trattava in uno di una donna e la lesione era stata determinata dall'azione di un violento calcio d'uomo in piena regione epigastrica. Ricordo in tale grave caso dove la lesione era data dalla lacerazione dell'organo con cospicua emorragia, la dolorosa sequela del processo della fistola pancreatico secondaria e della steatonecrosi disseminata. Nell'altro caso, un'operaia di 13 anni, la lesione era stata determinata da schiacciamento tra un muro e un montacarichi. La lesione risaliva a 15 giorni prima del ricovero ospedaliero. La rottura pancreatico era mascherata da una notevole raccolta sieromematica nella retrocavità degli epiploon. circa 7 litri di liquido in parte dato da succo pancreatico. Per le lesioni del pancreas pure non vi sarebbero sintomi particolari e la diagnosi sarebbe per lo più operatoria. Fu dato però valore a queste raccolte circoscritte sieromorragiche nella borsa omentale, con formazione di tumefazione, simile per sede e forme alle cisti del pancreas. Diversi casi furono diagnosticati in base a ciò, ma si tratta di un sintomo piuttosto tardivo. Inizialmente nei primi giorni si potrebbe porre attenzione alla frequenza del polso, ad un colorito grigiastro della pelle e al rapido e notevole dimagrimento che si manifesta in qualche caso (*Haghdorn*). Di osservazione più comune e anche di diagnosi più evidente abbiamo poi e contusioni con lesioni dei vari segmenti dell'apparato urinario particolarmente del rene e della vescica, dove pure entrano in giuoco i vari meccanismi determinanti e dove il quadro anatomopatologico poco differisce da quello degli altri organi. Del rene, abbiamo lesioni incomplete caratterizzate cioè dall'integrità della capsula renale: lesioni complete con lesioni di questa e fessure, rotture più o meno varie, più o meno profonde fino al vero spezzettamento del rene in frammenti, due o più, e lesioni del parenchima renale, lesioni uniche o associate a lesioni del peduncolo vascolare stesso in modo che il rene può apparire come

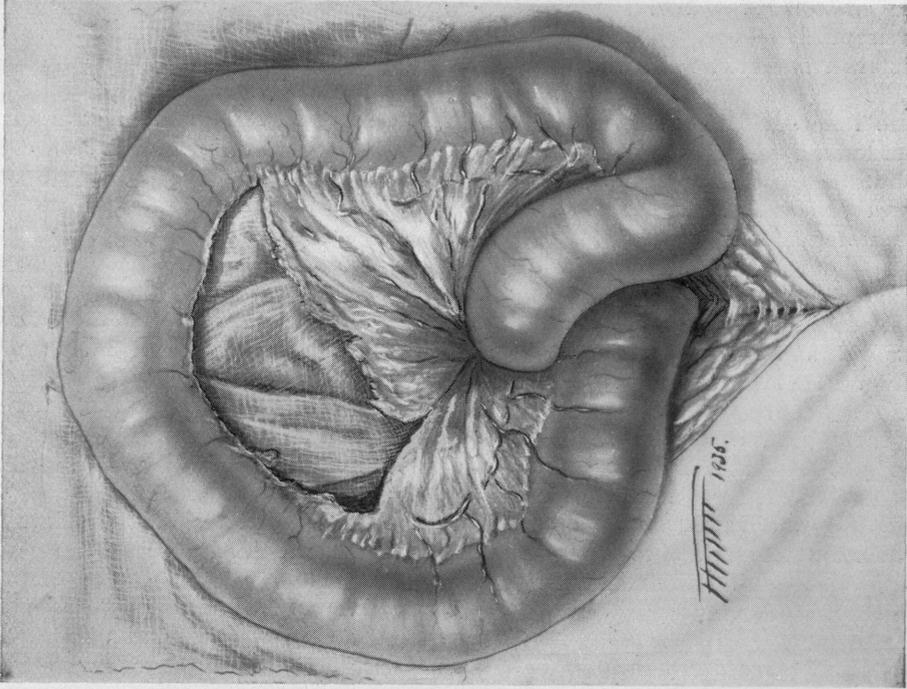


Fig. 9.
Contusione addominale - Lacerazione del mesentero.

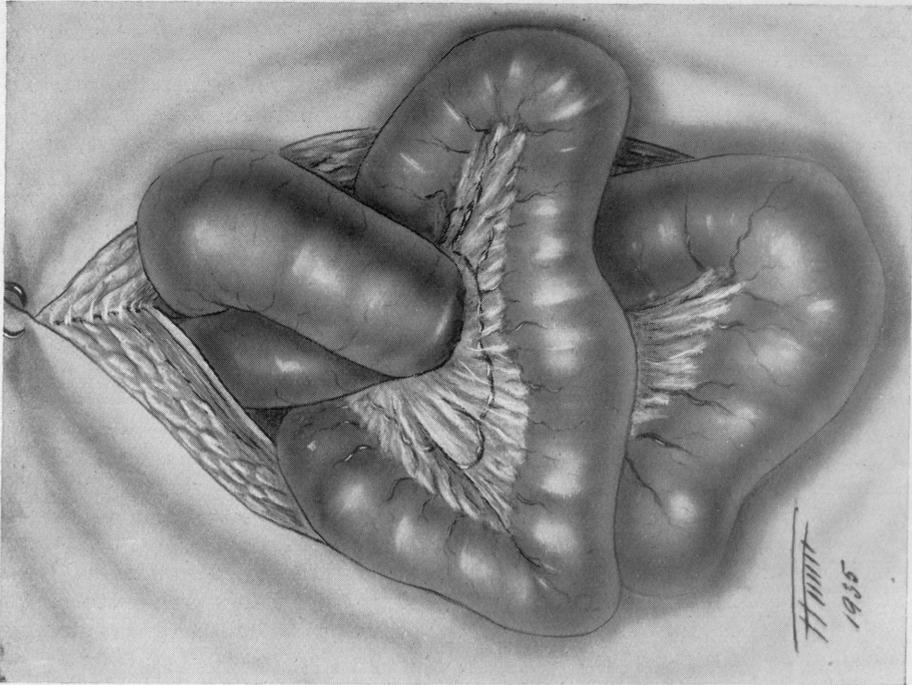


Fig. 10.
Contusione addominale - Lacerazione del mesentero -
Ernia secondaria attraverso la breccia mesenterica di
ansa di tenue - Strozzamento intestinale interno.

completamente libero nella loggia renale, in mezzo a una raccolta ematica, più o meno notevole. Si possono avere pure semplicemente delle lesioni perirenali, ematomi, versamenti uroematici, perinefrite suppurative ecc., quadri di lesioni e complicazioni traumatiche che si impongono ma che per lo più, tranne i casi gravissimi, dove predominano i sintomi di emorragia acuta progressiva per la lesione vasale, non hanno una così grave sintomatologia iniziale e sono suscettibili di una cura aspettante. Esse sono note nella loro sintomatologia, specie per la concomitante ematuria e per il formarsi successivo della raccolta ematica siero o uroematica nella loggia renale corrispondente, sono note per l'ematuria che esse possono determinare per riflesso, sono note per le complicazioni successive, infiltrazione urinosa, flemmoni diffusi che possono seguire, in generale non di diagnosi difficile. Per esse ricordo poi la possibilità di lesioni associate endoperitoneali specie della milza e del colon, lesioni che possono essere inizialmente mascherate dalla sintomatologia della lesione renale. Non mi trattengo sulle lesioni della vescica intra ed extraperitoneali, anche esse lesioni per lo più associate ad altre, specie a frattura del bacino, lesioni complete o incomplete. Per esse le condizioni sintomatiche e quindi diagnostiche sono più chiare e la stessa cura, anche se imposta dato il carattere di urgenza, è ben schematizzata. Non ho mai avuto occasione finora di osservare lesioni contusive dell'utero nè degli annessi sia allo stato normale sia in condizioni fisiologiche (gravidanza) che patologiche. Esse richiedono per lo più traumi assai violenti e la loro importanza pratica è assai relativa. Termino questa varia mia rapida esposizione col ricordarvi l'eventualità di rotture uniche di grossi vasi non solo cioè rottura dei noti peduncoli, ma lesioni isolate di grosse vene (renale-splenica, meseraica, porta, cava) lesioni sempre assai gravi che qualche volta possono non risultare evidenti ad una esplorazione affrettata addominale operatoria e possono essere invece anche la sola causa della morte.

Accennato così schematicamente per grandi linee alle varie possibili lesioni da contusione addominale credo avrete avuto modo di formarvi l'idea quantunque approssimativa dell'importanza che può assumere e della assoluta necessità come vi dicevo all'inizio che nulla sia trascurato perchè nel modo più completo tale lesione possa precocemente essere valutata in ogni sua estensione e precocemente curata. Posso così ora ricordarvi un po' il complesso sintomatologico di tutte queste lesioni che per la massima parte dei sintomi si può ritenere in certo qual modo come comune e di ugual valore almeno per un rapido diagnostico. Ciò che in generale subito colpisce, appena si è alla presenza di un con-

tuso addominale, è lo stato di shock, della cosiddetta commozione viscerale, pallore diffuso, faccia ed estremità ricoperte da sudore freddo, stato ansioso, respiro corto, frequente, superficiale; polso frequente, piccolo, sfuggente; dolore per lo più diffuso a tutto l'addome, in stato di difesa; nausea ed anche vomito, inizialmente facili deliqui, tendenza a sincopi. Questo il primo quadro quello che, del resto, vi deve prima di tutto interessare. Non perdetevi tempo e ricorrete a tutti i mezzi a vostra disposizione per risolvere tali condizioni generali; eccitanti, cardiocinetici, ipodermoclisi fleboclisi colle varie soluzioni fisiologiche, glucosate ecc. cercate di riscaldare il contuso e richiedete per esso il più assoluto riposo. Si può procedere intanto all'interrogatorio e già vi ho detto quanto possono interessare tutte le circostanze eziologiche, tutti i vari commemorativi; in seguito poi, attenuatosi lo stato di shock, procedete all'esame, al vero esame soggettivo ed oggettivo che deve essere, per quanto possibile, minuzioso, schematico, preciso ma nel medesimo tempo, rapido, senza troppo tergiversare e senza troppo affaticare il paziente. Rilevate le lesioni esterne e valutatele bene in rapporto alla loro sede, direzione. Per le lesioni interne vi si affacciano subito i due problemi iniziali se vi è cioè emorragia interna o se vi è perforazione di un viscere cavo.

Come ho ricordato in alcuni casi per alcuni tipi di lesioni non vi è dubbio, alcuni sintomi per se stessi tradiscono la lesione, l'ematuria l'ematemesi l'enterorragia, ecc., l'anemia acuta progressiva, il deliquio quando sussegue ad un periodo di intervallo dopo che lo stato di shock già si era attenuato, il formarsi e il progressivo aumentare di tumefazioni, di raccolte, ecc. e perciò non dimenticate alcune modalità di esame compresa l'esplorazione rettale e l'esplorazione vaginale. Per lo più tali sintomi all'inizio non sono così chiari, talora i sintomi stessi di emorragia possono essere tardivi e possono confondere.

Anche per la perforazione, per le lesioni di visceri cavi, all'inizio tutto può tacere e aversi più tardi l'evidente quadro d'una peritonite. *Mondor*, e ritengo giustamente, divide appunto il quadro sintomatologico in sintomi che possono ingannare, e sintomi incostanti; tra i primi vi sarebbe la temperatura, il vomito, la facies; tra i secondi il dolore, l'enterorragia, il meteorismo, il timpanismo, la scomparsa dell'ottusità epatica, l'acceleramento del polso. Ad essi aggiunge e richiama l'attenzione sull'unico sintomo veramente prezioso la contrattura addominale.

Ma valutiamo un po' tali sintomi. La temperatura, il vomito, la facies dovrebbero essere sintomi da non aspettare: la temperatura ha scarso valore; anche una elevazione di essa non avrebbe

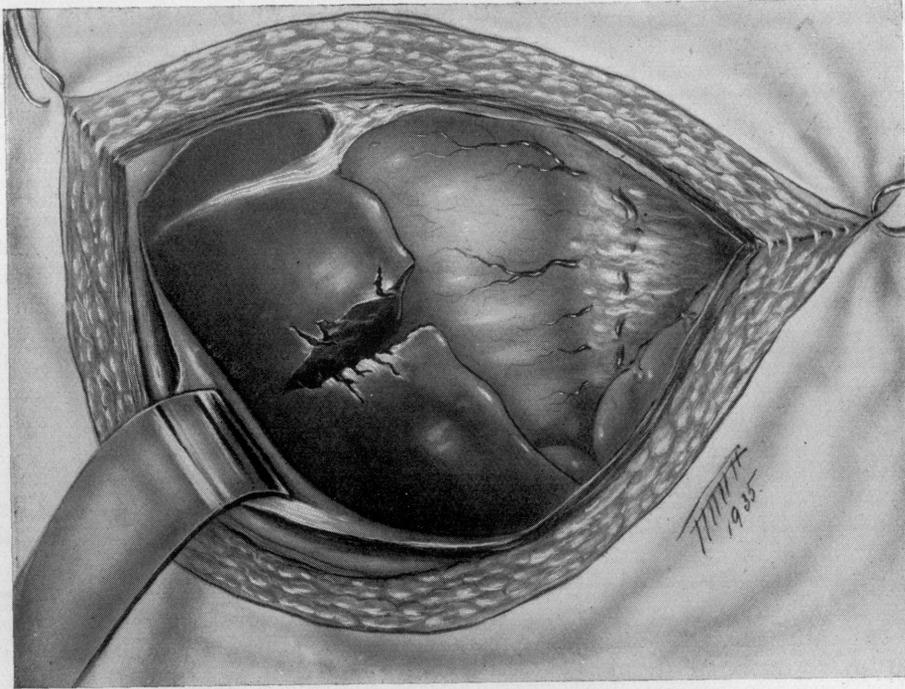


Fig. 11.
Contusione addominale - Rottura del bordo epatico.

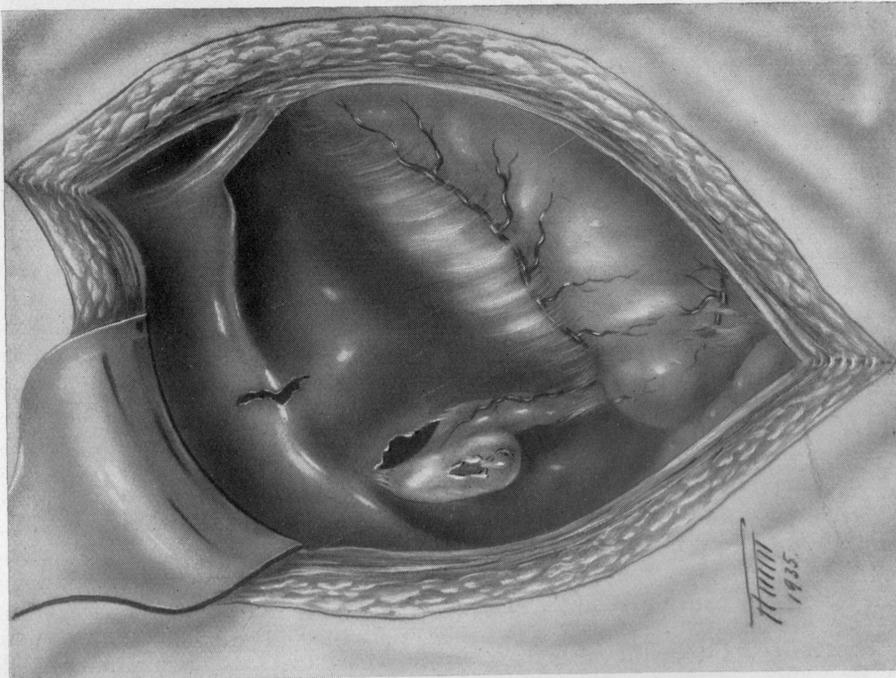


Fig. 12.
Contusione addominale.
Rottura del fegato e della cistifellea.

alcun significato, un abbassamento potrebbe invece essere in rapporto con lo stato di collasso. Pure il vomito iniziale avrebbe poco valore; l'acquisterebbe se tardivo, inquantochè verrebbe ad accompagnare quasi sempre il progredire della infezione peritoneale; così la facies, che precocemente avrebbe più valore per lo stato di peritonite. Dei segni incostanti così detti non perchè privi di valore, ma perchè sovente restano assenti, è importante il dolore sia spontaneo che provocato, dolore locale o generalizzato, dolore fisso, dolore a distanza, immediato o tardivo, quest'ultimo per lo più in rapporto ai fatti infiammatori. Ha pure importanza il dolore al Douglas provocato colla esplorazione rettale. Certamente tale sintomo va ben valutato. Non potremo negare l'esistenza di una lesione, se il dolore manca, ma potremo più facilmente sospettarla, ammetterla, quando tale dolore fosse iniziale, continuativo, progressivo e pressochè anche a sede costante. E' ben raro che in tal caso non si tratti di una lesione viscerale, ma non bisogna lasciarsi ingannare nell'analisi di questo sintomo. Distinguere bene se si tratta del dolore per la contusione della parete o di un dolore da lesione profonda in piena cavità e distinguere bene ciò che può invece essere piuttosto dovuto a risentimento o anche a un senso di paura.

L'enterorragia ha naturalmente una notevole importanza diagnostica, ma va ricordato che essa non è frequente e quale sintomo di lacerazione di lesione del tubo intestinale è per lo più sintomo tardivo.

Sul meteorismo, sintomo che una volta si attendeva, dirò che esso non è affatto patognomico. Oggigiorno è ritenuto per lo più come un sintomo grave: troppo spesso esso è segno ammonitore di una fine vicina. La clinica ci dimostra sovente che anche in caso di perforazione, l'addome può all'inizio essere piano, retratto, contratto, talvolta avallato. Il meteorismo sarebbe piuttosto segno di peritonite a stadio avanzato. Sappiamo però che si possono osservare addomi contusi precocemente meteorici. Io ho ricordato un caso di meteorismo da contusione midollare ma anche ematomi retroperitoneali con o senza lesioni viscerali, ematomi perirenali, contusioni renali possono portare a meteorismi importanti. Tale sintomo va così valutato in considerazione con tutti gli altri sintomi clinici, quando vi fosse tra loro sconcertanza. Va ricordato che la precocità del meteorismo, non sarebbe affatto una ragione per attendere e rimettere, forse ad un tempo troppo tardivo, un intervento chirurgico.

La scomparsa dell'aja epatica, il timpanismo, la sonorità preepatica è segno eccellente, ma esso non è affatto frequente. Secondo alcuni AA. esso sarebbe sintomo di valore quasi patognomico nelle lesioni del tubo intestinale e dello stomaco. Sarebbe un segno a dimostrazione della presenza

di gas libero nella cavità peritoneale. Ma spesso tale sintomo può mancare, pur esistendo delle lesioni viscerali e talvolta esso può essere determinato dalla semplice distensione di gas del colon ascendente e trasverso.

Pure la frequenza del polso non è costante: se un polso piccolo e frequente, che permane tale anche dopo scomparso lo stato di shock e che non accenna a migliorare malgrado ogni cura medica, fa pensare alla probabilità di gravi lesioni viscerali, va ricordato che spesso lesioni perforative viscerali addominali, possono decorrere per qualche tempo dal trauma senza affatto influenzare lo stato del polso. Furono pure ricordati (Einstorer) casi di gravi emorragie intraperitoneali decorse con polso lento, pressochè normale. Ciò significherebbe che quando sussiste, l'accelerazione del polso avrebbe valore per una indicazione operatoria. L'assenza di tale frequenza non dovrebbe però costituire una ragione di astensione. Anche tale sintomo acquisterebbe cioè importanza se valutato nel complesso di tutti gli altri sintomi.

Ho lasciato per ultimo di parlarvi della contrattura addominale. Essa associata ad un altro sintomo pure importante, alla immobilità cioè del diaframma e quindi alla immobilità respiratoria dell'addome, costituirebbe, secondo Mondor, il vero segno rivelatore, quel sintomo che potrebbe illuminarci in tutti i casi più oscuri e gravi. In realtà esso è forse il sintomo più importante, anche per la sua stessa costanza. Esso è un fenomeno riflesso, dovuto a contrattura dei muscoli volontari parietali addominali, come reazione ad uno stato irritativo di origine viscerale anche non infiammatorio (Machenzie) o di origine parietale (peritoneo, tessuti adiacenti) per versamento di liquidi o di gas in cavità, oppure come difesa dell'organismo tendente col riposo dei visceri a circoscrivere i versamenti cavitari (Perez). In ogni modo essa è sempre l'espressione di un fatto irritativo e particolarmente quando si presenta come contrattura generale dolorosa di tutto l'addome è un sintomo che non tradisce, che non inganna mai, ed è un sintomo che facilmente si rileva e facilmente si può distinguere dalle comuni contrazioni addominali riflesse. Con attente manovre tale sintomo va bene messo in evidenza, particolarmente dopo migliorato lo stato di shock; in esso più che in tutti gli altri fenomeni si avrà una base per imporre l'intervento di urgenza. La contusione addominale ha, dal punto di vista clinico, la sua classica distinzione, a secondo della esistenza o no di una concomitante lesione viscerale. E' questa che stabilisce la gravità del trauma subito. Il problema clinico più che definire l'esistenza di casi leggeri, medi o gravi di contusione addominale, è un problema diagnostico in quantochè l'esistenza della lesione viscerale

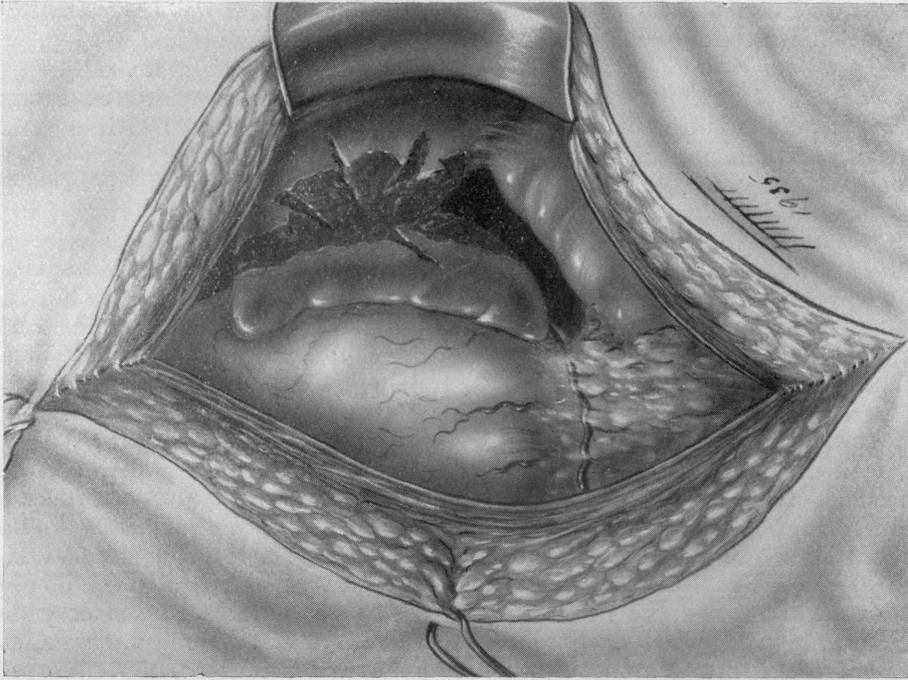


Fig. 13.
Contusione addominale - Rottura della milza.

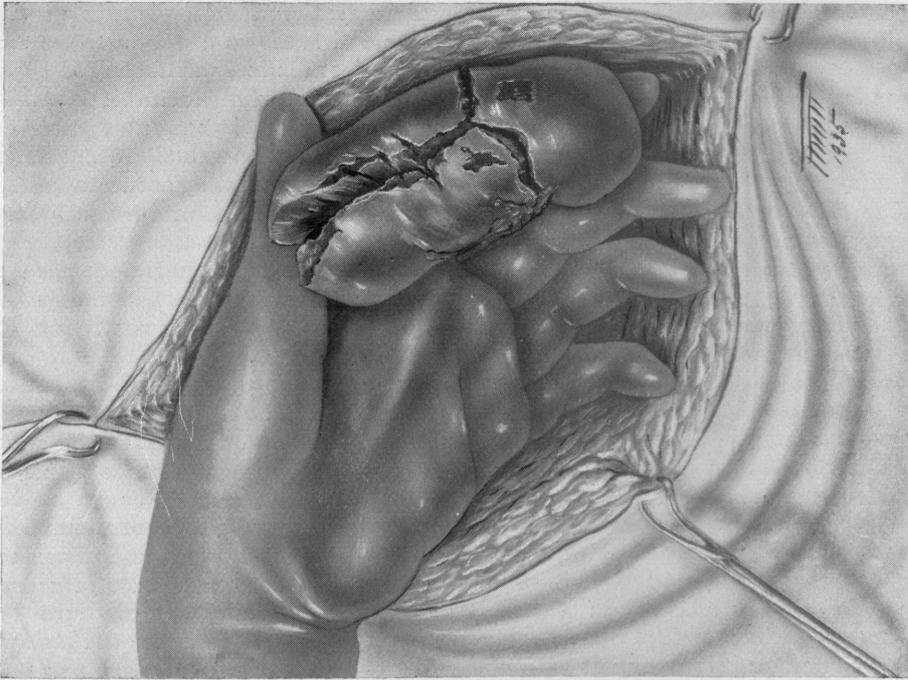


Fig. 14.
Contusione addominale - Rottura del rene.

è quella che specifica la gravità del caso. La prognosi di essa, è in stretta relazione colle modalità della lesione viscerale.

In tale problema diagnostico dobbiamo ricordare che si hanno delle forme cliniche addominali cosiddette latenti, forme date da noti casi di emorragie ritardate, (rottura di milza, perforazioni coperte o incomplete, lesioni del mesentere), che, come già abbiamo accennato, non raramente possono esporre a complicazioni tardive per sfacelo ischemico dell'ansa, per emorragia secondaria, per fenomeni occlusivi. Per la diagnosi di contusione addominale io ho cercato di chiarirvi i punti principali. Definire quanto spetta allo stato di shock e valutare poi i due problemi principali; l'esistenza di una emorragia interna, l'esistenza di una lesione viscerale. Dato ciò, cercare di precisare possibilmente qual'è il viscere lesio. Mancano, è vero, per ciò sintomi evidenti, ma ha un grande valore il sapere associare il risultato di vari esami, meglio se successivamente praticati, di ora in ora, esaminare tutti i sintomi nel loro complesso, tenendo in linea generale come segno di maggior valore la contrattura addominale sia localizzata che diffusa. In casi dubbi oggigiorno si potrà anche ricorrere all'esame radioscopico e radiografico. Esso avrà certamente nei casi di peritonite modo di confermare e precisare ogni rilievo clinico. Oltre che nella peritonite, l'importanza dell'indagine radiologica, fu da me sperimentata anche nei traumi del rene dove la pielografia discendente coll'uroselectan mi riuscì certo di grande aiuto. La radiografia potrà poi riuscire di interesse in tutti i casi di complicazioni secondarie a contusioni addominali, fistole, ascessi, occlusioni.

Ho già accennato alla diagnosi delle singole lesioni viscerali. Una trattazione minuta differenziale di ognuna di esse richiederebbe un tempo assai lungo. E' importante stabilire l'eventualità di una lesione interna. In base ad essa sarà uniformato il trattamento terapeutico, e per esso vi ricordo un principio di grande valore, che nel dubbio non bisognerebbe mai astenersi da un intervento chirurgico.

E tale intervento deve essere una laparotomia esplorativa che possa permettere un vero diagnostico operatorio, con una ispezione minuziosa della cavità addominale, con la ricerca possibile di ogni causa di emorragia, d'ogni più piccolo segno di lesione viscerale. Qui ricordo l'importanza che possono avere alcuni segni al reperto operatorio; ricordo, ad esempio, nelle lesioni del pancreas, le macchie ceree, grigiastre, da steatonecrosi, più o meno diffuse nell'omento, nell'epiploon che già per se stesse possono far sospettare la lesione del pancreas; come pure accenno al valore del cosiddetto segno della macchia verde, colorazione verdastra, o dell'enfi-

sema sottoperitoneale nei casi di lesione del duodeno, come noi osservammo in un caso, segni importanti dato che tali lesioni retroperitoneali ad un intervento laparotomico affrettato potrebbero anche sfuggire, la cavità peritoneale apparendo affatto normale. E' così necessaria una esplorazione completa di essa, ch'è credo non sia affatto il caso di considerare interventi minori, come ad esempio la piccola incisione esplorativa soprapubica o la puntura addominale con l'ago o col tre quarti, metodi proposti, ma insufficienti, non solo, se non anche pericolosi, pure per mani esperte. Questo quando si sarà posta l'indicazione nettamente operatoria. Il tipo poi dell'intervento, se conservativo, o radicale con l'asportazione totale o parziale dell'organo lesio, sarà in rapporto col reperto operatorio stesso. Il chirurgo non può avere un programma stabilito: deve essere guidato solo da uno scopo: quello di salvare una vita. Mi ritorna qui opportuno riaffermarvi tale principio; poichè recentemente, in chirurgia di urgenza addominale, si verifica una tendenza interventista ad oltranza, dove domina il concetto di cura radicale. Non si deve dimenticare che, associata alla lesione viscerale, si ha quasi sempre una reazione peritoneale, quella peritonite che malgrado ogni cura può rendere nullo il successo, anche del più brillante intervento. Quante resezioni intestinali, eseguite rapidamente, brillantemente non ebbero risultato? Quante splenectomie? quante nefrectomie, che furono considerate all'uguale stregua di interventi di elezione? In chirurgia di urgenza addominale il successo è più facile se si sanno valutare la condizioni particolari del malato e le particolari condizioni locali di infezione: spesso il sapersi limitare in un intervento, l'esteriorizzare una lesione intestinale, drenarla, l'usare un drenaggio addominale accurato alla Mikulicz, lasciare delle pinze a forcipressura ecc., possono costituire mezzi di grande valore, all'effetto di salvare un ferito. La guarigione sarà più lunga, residueranno esiti che poi in un secondo tempo richiederanno nuovi interventi, ma la vita del paziente sarà salva. Questo è il compito del chirurgo. Il compito del medico l'ho già tracciato all'inizio. Se si deve considerare che un certo numero di contusioni dell'addome possono guarire facilmente anche senza operazioni e che potrebbe essere eccessivo di considerare che il diagnostico di contusione addominale, debba subito costituire un'indicazione operatoria, non si deve dimenticare la grande responsabilità che ci si assume nelle cure di tali traumatizzati ed è primo dovere del medico, di mettersi nelle condizioni migliori per poter subito curare bene e rapidamente lo stato di shock, di commozione viscerale, che più o meno intensamente in generale accompagna tali lesioni.

mettersi nelle condizioni di seguire quasi ora per ora la sintomatologia, che gradualmente, progressivamente verrà a presentarsi, pronto al più piccolo segno, e per esso nuovamente vi ridico il valore della contrattura addominale di difesa, se ben apprezzata, ad imporre l'intervento del chirurgo. Dal punto di vista chirurgico, io posso poi assicurarvi che se tale intervento è praticato in ambienti opportuni, con la massima larghezza di mezzi, esso non costituisce affatto quel pericolo che tanto e vorrei dire solo i profani, ritengono quasi inevitabile. Io non ho mai avuto la sensazione che il trauma operatorio abbia notevolmente aggravato le pur già gravi condizioni generali di un contuso addo-

minale. Ho visto invece interventi laparotomici esplorativi negativi assai bene sopportati da essi. Abbiamo avuto guarigioni in casi ritenuti gravissimi.

Se la salvezza fu solo dovuta all'intervento chirurgico precoce, o se in altri casi si ebbe insuccesso, questo non può essere tanto imputato all'atto operativo per sè stesso, quanto alle gravi condizioni delle lesioni ed ancor più alle gravi condizioni al momento del ricovero del contuso in Ospedale, quando ai sintomi della lesione traumatica, già sono, nella loro piena gravità, subentrati tutti i sintomi della più mortale delle complicazioni, della peritonite, cioè, diffusa, generalizzata.

70778





