

**La gastrostomia nei restringimenti dell'esofago : storie cliniche e considerazioni / del Prof. Andrea Ceccherelli.**

**Contributors**

Ceccherelli, Andrea.  
Royal College of Surgeons of England

**Publication/Creation**

Bologna : Francesco Vallardi, [1884]

**Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/dx2vre8y>

**Provider**

Royal College of Surgeons

**License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

Unable to display this page

LA GASTROSTOMIA  
NELLE RESTRINGIMENTI DEL

STOMACO E CONSIDERAZIONI

DEL

PROF. ANDREA CECCHI

Professore alla Clinica Chirurgica della R. Università

(Estratto dal Giornale la Rivista Clinica)

Libreria Editrice Dott. FRANCESCO

BOLOGNA

Via Farini, 10

MILANO

San Pietro, 11

NAPOLI

San Pietro, 11

Firenze

9

# LA GASTROSTOMIA

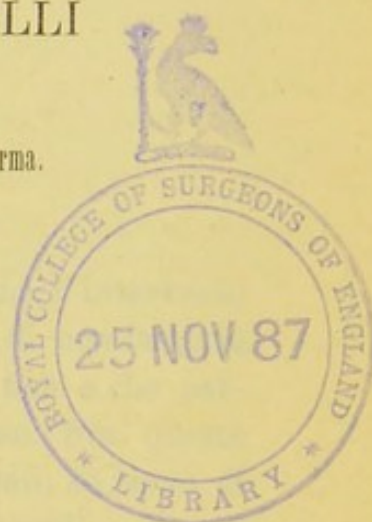
## NEI RESTRINGIMENTI DELL' ESOFAGO

STORIE CLINICHE E CONSIDERAZIONI

DEL

PROF. ANDREA CECCHERELLI

Direttore della Clinica Chirurgica nella R. Università di Parma.



---

(Estratto dal Giornale la Rivista Clinica, ottobre 1884)

---

Casa Editrice Dott. FRANCESCO VALLARDI

BOLOGNA  
Via Farini, 10

FIRENZE  
Alfani, 41

MILANO  
Disciplini, 15

NAPOLI  
Monteoliveto, 70

ROMA  
Via del Corso, 408

TORINO  
Carlo Alberto, 5





---

---

In Chirurgia abbiamo malattie le quali reclamano l'intervento attivo dell'operatore, perchè è di assoluta necessità di non lasciare il malato a sè stesso; ma pur nulladimeno la cura non è che palliativa, in quanto non si rimedia che ad un sintomo. Fra queste malattie vi sono i restringimenti dell'esofago, i quali, se sono di un grado tale da non permettere il passaggio di liquidi e di solidi, e di natura che è un errore il volersi fare una strada a traverso di loro, autorizzano ad atti operativi di grande importanza e gravità. Aggiungo ancora essere vario il mezzo di cura a seconda della sede del restringimento stesso.

Alla semplice dilatazione, che può essere rapida e graduata, succede nella terapia la esofagotomia tanto interna che esterna: a questi due mezzi di cura più comuni si aggiungono per i restringimenti situati molto in basso, e che hanno sede fin anco nel cardias, la gastrostomia, operazione di triste necessità e palliativa, e la divulsione meccanica, operazione che può portare la cura radicale, e che rappresenta una delle più belle pagine della Chirurgia italiana ad onore dell'illustre Clinico di Bologna, il Prof. Pietro Loreta. Ma a questo punto non si arresta la chirurgia moderna, perchè si va assai più in là: voglio dire che si può resecare una porzione di esofago, se la parte affetta è situata molto in alto, e



cioè nel suo estremo superiore. E forse il coltello del chirurgo non si arresterà a questo punto.

Per intenderci immediatamente, e per non tornar più a ripetere delle distinzioni, io accetto completamente la classificazione fatta dei restringimenti esofagei dal Dott. Giovanni Del Greco (*Contributo allo studio e alla cura dei restringimenti dell'esofago*. Lo Sperimentale, Dicembre 1877), modellata, come dice, su quella del Prof. Giuseppe Corradi pei restringimenti del retto e dell'uretra, e quella mia sui ristringimenti, classificazione che sarebbe la seguente:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1.° Restringimenti spasmodici o tetanici o per contrattura muscolare. | { | a) da causa nervosa (esofagismo).<br>b) da irritazione flogistica (esofagite cronica).  |
| 2.° Restringimenti da stenosi esofagea.                               | { | a) da tessuto cicatriziale risultato di esofagite cronica.<br>b) da tessuto cicatriziale risultato di ferite, cauterizzazioni, ecc. |
| 3.° Restringimenti neoplastici . .                                    |   | Questi ultimi forniscono il maggiore contingente, e sono quasi sempre carcinomi.  |

Pei restringimenti del primo gruppo conviene l'elettrolisi, e la dilatazione più o meno brusca, ma certamente rapida sempre.

Per i restringimenti del secondo gruppo abbiamo la dilatazione, l'esofagotomia esterna ed interna, l'esofagotonixi, e se il restringimento ha sede molto in basso, all'orifizio del cardias, la divulsione alla Loreta.

Per i restringimenti esofagei del terzo gruppo abbiamo, se il restringimento è situato molto in alto, l'estirpazione della faringe e dell'esofago alla Langenbeck; se vi è diffusione del processo morboso, l'esofagotomia esterna. Se il restringimento è situato molto in basso, il chirurgo oggidì non può provvedere all'urgenza ed alle esigenze del momento che con la gastrostomia, in attesa di un momento più propizio che a questa operazione si possa sostituire qualche altro atto operatorio, che potrebbe essere la resezione del cardias, non tanto strano nè impossibile dopo la resezione del piloro e la gastro-enterostomia.

Mi prese desiderio di trattare di quest'argomento delle operazioni sullo stomaco per i restringimenti esofagei, perchè in questi due anni che dirigo la Clinica Chirurgica di Parma ebbi agio



di osservarne qualche caso, ed in uno di questi fui costretto ad eseguire la gastrostomia, mentre la potei soltanto consigliare in un altro.

Mi limito adesso a riportare sommariamente le storie dei casi da me osservati, per discutere sul valore dei metodi di cura, in special modo di quelli operativi sullo stomaco, quando avrò riferito i casi a me presentatisi, i quali furono tutti per carcinoma, eccetto uno che fu per cicatrice.

**Caso I.** — Corsini Antonio, di 28 anni, si presentò alla Clinica durante l'anno scolastico 1882-83, perchè avendo ingoiato, inavvertentemente, dell'acido cloridrico, provava difficoltà immensa a ingerire i solidi ed anco i liquidi. Vi era dimagrimento e dolori assai vivi. La sede del restringimento, da tessuto cicatriziale, era in alto, nella prima porzione dell'esofago. Naturalmente il Corsini, quando si sentì bruciare, e si accorse di avere sbagliato liquido per bere, si arrestò subito, e rigettò quel poco che aveva introdotto in bocca: e così si spiega perchè il restringimento avesse sede in alto, e fosse limitato per estensione.

Eseguimmo la dilatazione, che fu graduata, perchè, in quel momento non avevamo a nostra disposizione in Clinica strumenti adatti a fare la dilatazione rapida, oppure la esofagotomia interna. La guarigione fu completa. Dopo quasi un anno rividi quest'individuo, il quale diceva di potersi cibare bene: era ben nutrito.

**Caso II.** — Pedezzani Luigia di Parma d'anni 51, maritata, entrò nella Clinica chirurgica il 17 Marzo 1884. Non aveva precedenti gentili. Narrava di avere avuto, per lo passato, solo qualche disturbo da parte della laringe, che curava con i purgativi. Da cinque mesi provava delle molestie nel deglutire, e nel tempo stesso avvertì che la voce diveniva rauca e nasale. Tanto l'uno che l'altro di questi gravi disturbi aumentarono in modo che non le era più possibile deglutire sostanze solide e liquide. È importante notare però che nel tempo stesso che vi era aggravamento di questi fenomeni, vi era talvolta temporario miglioramento, di guisa che la malata non se ne curava gran cosa appunto in causa di queste alternative di relativo benessere. Il peggioramento però in questi ultimi tempi era stato grave, sia perchè i dolori vivi e lancinanti si erano fatti fortissimi e continuati, sia perchè non era possibile il passaggio nemmeno di una goccia d'acqua. Quando entrò in Clinica erano quattro o cinque giorni che provava il tremendo supplizio della fame, perchè da altrettanti giorni non mangiava.

All'ispezione della regione sottoioidea, in corrispondenza della laringe, si rilevava un'intumescenza ricoperta da pelle sana, tanto nel colore quanto nella sua continuità. Nessuna irregolarità si osservava alla



superficie di quest' intumescenza. Alla palpazione si riscontra che questa intumescenza, nel mentre occupa tutta la parte anteriore della laringe, arriva, lateralmente, a destra, al margine anteriore dello sternocleido-mastoideo, mentre a sinistra oltrepassa questo limite. Al di sopra dell' osso ioide nulla di anormale; nessuna glandola della regione cervicale, parotidea e carotidea pare ingrossata. Detta intumescenza inferiormente non è distinta da limiti precisi, ma va insensibilmente perdendosi al di sotto dell' apparato laringeo. Il limite posteriore di questa intumescenza non è rilevabile colla semplice palpazione esterna, ma se però si tenta d'introdurre una sonda esofagea, si constata chiaramente la presenza di un ostacolo che si oppone al suo passaggio, e col dito si avverte che sporge nella faringe. Alla percussione della regione anteriore e laterale della laringe il suono timpanitico è mascherato da subottusità. Si ha dolore alla pressione. All' ascoltazione si sente l' espirazione un poco ostacolata, e l' aria, nel suo passaggio, dà una sensazione come di un lieve russare.

All' esame laringoscopico si riscontra una vasta ulcerazione al di sopra delle corde vocali superiori, la quale è più estesa verso sinistra. Detta ulcerazione si presenta con una superficie grigiastra, a margini irregolari e un poco rialzati. La muccosa circostante è di un color rosso vinoso. Raschiando la superficie dell' ulcera con una sonda scabra si rinvenne quanto segue: « Cellule epiteliali di varia forma e grandezza, isolate o ammassate, talune appiattite e di figura poligonale irregolare, con nucleo distinto e nucleolo, e altre di figura ovale e leggermente affusata. Se ne trovano riunite in ammassi da simulare la forma di un cono epiteliale, ovvero di un alveolo, e anche di un mezzo alveolo. Questi elementi si trovano in mezzo a corpuscoli di muco, a cellule giovani di granulazione, a fine detrito ».

La diagnosi in questo caso, e specialmente dopo l' esame microscopico, era facile quanto mai. Si trattava di un epitelioma delle laringe, faringe ed esofago. Il punto discutibile era sul quanto tale epitelioma si estendeva in basso nell' esofago: dato importantissimo perchè dalla limitazione di questo si poteva stabilire, o no, la possibilità di un atto operatorio assai grave, ma l' unico, per tentare una cura radicale in quelle condizioni: voglio dire l' estirpazione della faringe, laringe e porzione di esofago.

Le glandole del collo, come ho detto, non erano ingrossate; solo un poco quelle più vicine al tumore. Questo dato, congiunto all' altro che in modo non dubbio l' esofago si era ammalato consecutivamente, e che i disturbi di questo erano sopraggiunti come ultimi nel quadro fenomenico della malattia, mi facevano, insieme



ai dati della palpazione, ritenere che l' affezione fosse circoscritta, e che l'atto operatorio fosse possibile.

Sebbene certo di questo, volli che l' ammalata fosse veduta da altri, ed al consulto intervennero il Prof. Giovanni Inzani Direttore Sanitario dell' Ospedale Civile, il Prof. Giuseppe Silvestrini, il Prof. Domenico Majocchi, il Prof. Lorenzo Tenchini ed il Dott. Roberto Bertoli, Chirurgo Primario nell' Ospedale. Accettarono tutti la diagnosi di natura; tutti riconobbero le condizioni gravissime della Pedezzani; tutti convennero che avuto riguardo a queste era permesso tentare qualunque atto operatorio: ma il dubbio rimase sulla estensione della lesione dell' esofago, dubbio che era condiviso da me, sebbene le maggiori probabilità fossero, a mio giudizio, per la limitazione del male. E da questo dubbio ne veniva fuori un secondo, e cioè se, data l' impossibilità dell' estirpazione del neoplasma, fosse il caso di provvedere all' urgenza del momento con un' esofagotomia esterna.

Anche qui prevalse il mio giudizio, e cioè di sospendere ogni giudizio definitivo sino ad accertazione completa delle condizioni locali: vale a dire che, siccome un' operazione come quella che io avevo in animo di eseguire, reclama una tracheotomia preventiva, accingersi a questa, e dalla ferita, prima di aprire il canale aereo, esplorare col dito, e giudicare così meglio delle condizioni locali.

Il giorno 23 mi accinsi a quest' atto operatorio preliminare. Scoperta la trachea, la dissecai lateralmente, ed in special modo a sinistra. Col dito, io e gli egregi Consulenti, potemmo constatare che l' affezione era limitata, e perciò completai la tracheotomia, e dimisi ogni idea per fare l' esofagotomia interna.

La donna trovavasi nel più grande marasma: erano più di 10 giorni che non si nutriva che con clisteri. Attendeva ansiosamente l'atto operatorio, che sapeva gravissimo; ma la sera del 25 Marzo, prima che potessimo intervenire chirurgicamente, non essendo ancora in quelle condizioni locali che vogliono gli operatori perchè si debba procedere a tale operazione, morì per inanizione.

*Necropsia* eseguita dal Prof. G. Inzani. — Cadavere emaciato; scheletro regolare.

Testa. Congestione nelle meningi; poco siero nei ventricoli; polpa cerebrale discretamente punteggiata, di consistenza normale.

Collo. Staccata la faringe, dissecando il cellulare davanti al legamento vertebrale comune anteriore, si apre una raccolta putrida che si interna nel muscolo costrittore superiore e medio, e in parte nell' infe-



riore ridotto in poltiglia icorosa. Al davanti della raccolta corrisponde, nella muccosa faringea, un vasto epitelioma a grossi germogli, ed un piccolo pertugio mette dal fondo di essa nell'anzidetta sacca icorosa. Questo epitelioma che sporge per quasi tre centimetri nella muccosa, occupa tutta la parete posteriore della faringe, dal terzo medio di essa al principio dell'esofago, ostruito dalle fungosità epiteliali. Si propaga poi a destra nella muccosa che ricopre il muscolo crico-aritnoideo posteriore, giungendo così i germogli sino alla piega ari-epiglottidea destra; mentre a sinistra la muccosa della gronda laringea è integra. L'interno della laringe è normale; in quello dell'esofago trovasi poco mucco-sanguinolento. La trachea è coperta nell'interno da pus mucco-purulento, ed al di fuori vi è un po' di secrezione purulenta infiltrata fra i muscoli del collo e la trachea stessa (È il punto ove fu eseguita la tracheotomia). Piccola glandola ingrossata e indurita al davanti del muscolo scaleno anteriore sinistro. Vasi e nervi del collo normali. Bronchi e muccosa rossa, con mucco in copia. Polmoni edematosi e congestionati nella parte posteriore. Pleure normali. Pericardio con poco siero. Cuore di volume normale e diametri normali. Valvole sufficienti. Molle il miocardio, opacato l'endocardio. Ventricolo piccolo, vuoto; poco mucco viscido; papilla pervia; bile picea. Milza piccola, anemica; congestione ipostatica al colon. Fegato moderatamente congestionato, del resto normale. Reni mediocrementemente congestionati. Organi genito-orinari normali.

Causa di morte. Morte per inanizione ed icoremia (?) da cancro faringeo e consecutiva fusione putrida della faringe.

Nel reperto necroscopico si emette il dubbio di causa di morte, oltre che per inanizione, anche per l'icoremia. Ma questa, giustamente supposta dall'Anatomo-patologo, viene esclusa dal Clinico, il quale non ne riconobbe mai i sintomi, essendo mancata sempre la febbre.

In ogni modo avevamo nella ulcerazione della faringe una complicanza all'atto operativo che avevamo deliberato di eseguire, atto operativo della più grande importanza e gravità. Pur nulladimeno era indicato l'atto operatorio stesso come una necessità: l'esofagotomia avrebbe trovate condizioni non buone nelle condizioni della località; la gastrostomia avrebbe avuta la sua indicazione nell'urgenza di provvedere al sostentamento di una donna che morì, nè più nè meno, di fame.

Senza entrare in più ampie discussioni, mi pare accertato in questo caso, che sono necessari talvolta gli atti operativi i più gravi, ma che per avere probabilità di buon esito conviene intervenire il più sollecitamente possibile, e non attendere ad ope-



rare quando l'arte non ha più risorse, o ne ha di quelle che sono dei palliativi o dei mezzi troppo gravi.

**Caso III.** — Salati Giuseppe di Casal Maggiore e domiciliato a Parma, d'anni 58, mediatore, viene passato dalla prima Divisione Medica nella Clinica Chirurgica il 23 Febbraio 1884.

Il padre morì in tarda età di malattia acuta polmonare; la madre a 48 anni di malattia molto lunga, probabilmente del ventre, perchè vi era idrope; un fratello di apoplessia.

Dieci o dodici anni fa ricoverò per circa 40 giorni in quest' Ospedale per flemmone della mano destra. Da giovane pare che l'infermo abbia avuto un'ulcera venerea con successiva adenite, che passò a suppurazione. Abusò del vino, ma non eccessivamente; non beveva abitualmente liquori.

La presente malattia, secondo quanto riferisce l'ammalato, pare che dati dal mese di Novembre circa. Cominciò dal risentire una molestia vaga, che egli riferisce allo stomaco, dopo compiuto l'atto di deglutizione, molestia che l'ammalato traduce con un senso di bruciore non molto intenso, sentito sempre verso l'epigastrio. Da allora fu costretto a nutrirsi con alimenti liquidi. In seguito, circa un mese dopo, ebbe vomito che si ripeteva ogni due o tre giorni, e poi sempre ogni giorno. Nel vomito erano difficilmente comprese materie alimentari; per lo più esso consisteva di materia mucosa e sierosa biancastra. Non ebbe mai vomiti di sangue. Fino al Natale aveva potuto nutrirsi con sostanze liquide e semisolide. Da quell'epoca, all'incirca, il vomito si ripeteva due o tre volte al giorno, e l'ingestione degli alimenti si limitò assolutamente alle sostanze liquide. Queste erano trattenute nel ventricolo: ogni sostanza, più densa, si arrestava in corrispondenza dell'epigastrio, e veniva subito emessa col vomito. Non gli avvenne mai che le materie alimentari si soffermassero lungo il canale esofageo per lungo tempo, e venissero poi tardivamente espulse. Negli ultimi tempi era sopraggiunto uno stato di denutrizione notevole; vomiti frequentissimi di sostanze liquide ingerite da mezz'ora o tre quarti d'ora. Se anche non prende nessun alimento, vomita ugualmente sostanze liquide.

Nell'Ospedale fu tentato per tre volte il sondaggio, e poi ripetuto in Clinica, ma la sonda produceva vivissimo dolore in corrispondenza dell'epigastrio, e si arrestava a 35 centimetri dall'apertura buccale, ma dopo di avere percorso nella parte estrema inferiore un tratto stenoso abbastanza fortemente.

È un individuo di scheletro regolare; masse muscolari atrofiche; pannicolo nella massima parte scomparso; colorito della pelle scuro, arrossata un poco agli zigomi ed al naso; occhi infossati; sporgenti le eminenze ossee.



La diagnosi non poteva essere che di restringimento neoplastico (per carcinoma) dell'estremo inferiore dell'esofago. Siccome la dilatazione era impossibile, e se forzata di un poco poteva essere dannosa, a provvedere alle esigenze del caso, e cioè di nutrire un uomo che da vari giorni non poteva più ingerire sostanza di sorta, e si limitava solo a qualche clistere nutritivo, che aveva già prodotto la diarrea, mi parve conveniente ricorrere alla gastrostomia, operazione fino ad ora poco tentata, o soltanto, a torto, nei momenti estremi, come nel caso nostro, quando le condizioni del malato sono già pessime.

La mattina del 29 Febbraio, previa cloroformizzazione, l'eseguii. Feci un'incisione della parete addominale per circa 5 centimetri, parallelamente alle cartilagini costali, partendo dalla nona costa, e distante  $1\frac{1}{2}$  cent. dalle cartilagini. Trovato con qualche difficoltà lo stomaco, a causa della sua piccolezza, fu portato in vicinanza della ferita, e attraversato da due lunghi spilli. Fu lo stomaco fissato con cinque punti di filo d'argento e otto di seta fenicata, e poi aperto; venne introdotta allora la canula del Sédillot. Fu questo un tempo molto difficile dell'operazione, per cui dovendo ripetere quest'atto operativo modificarei la canula stessa, facendo sì che la parte che si introduce nello stomaco avesse la forma di una mezza luna, come sono i grossi bottoni da maniche di camicia, perchè allora con quella fenditura mi sembra più facile l'introduzione. Mi pare poi questa una necessità anche per la circostanza, che è necessarissimo che il pertugio fatto dal chirurgo non sia molto grande, e che condizione indispensabile perchè l'operazione sia bene eseguita (e questo si ottenne nel caso nostro) è che lo stomaco combini perfettamente alle pareti del ventre, per poi aderirvi.

L'infermo appena operato fu portato nel proprio letto ben riscaldato. Non aveva fisionomia molto abbattuta e sofferente. I polsi, che durante l'atto operatorio erano filiformi, si fecero più forti. Nella giornata gli furono somministrati dei clisteri nutritivi, ma questi non bastarono a sollevare le forze dell'ammalato. Verso le otto di sera, presentando sempre maggiori fenomeni di collasso, si introdusse nello stomaco un mezzo bicchiere di brodo con alcuni cucchiaini di cognac. L'ammalato non ne risentì vantaggio di sorta. Continuò nel collasso, malgrado delle iniezioni di etere. Alle  $10\frac{1}{2}$  morì.

*Necropsia* eseguita dal Prof. Giovanni Inzani. — Scheletro regolare; denutrizione molta; rigidità persistente.

Teca ossea di spessore normale; dura madre ispessita, adesa; sangue sciolto nel seno falciforme superiore; aderenze fra le meningi e il seno falciforme; siero in copia fra l'aracnoide e la pia; questa opacata nel decorso dei vasi, che contengono poco sangue; molto siero limpido



in ambo i ventricoli laterali; sangue sciolto nei seni laterali; dilatati i ventricoli; arterie della base friabili con punti di ateromasia nelle basilari e silviane. Massa encefalica assai punteggiata; del resto normale.

Il diaframma arriva alla sesta costa a sinistra ed al quinto spazio a destra. Nello sfondo del bacino vi è pochissimo sangue sciolto, in quantità di 4 o 5 centimetri cubici, che tinge le anse del tenue. Le materie fecali distendono il cieco ed il colon trasverso. Il livello a cui giunge la grande curvatura dello stomaco è una linea parallela fra la decima e l'undecima costa.

Fistola gastrica con canula in corrispondenza dell'ipocondrio sinistro, che dista di un centimetro dal margine libero delle costole; nel cellulare sopra-peritoneale a sinistra ed a livello della ferita vi è trasudamento sanguigno per un'area di 4 centimetri nel senso trasversale, e di tre nel longitudinale, infiltramento che si estende anche a destra al di là del ligamento sospensore. Sierosità leggermente tinta di sangue ricuopre il peritoneo in corrispondenza della ferita. La milza trovasi normalmente situata, e il fegato posto un poco verticalmente; dal margine esterno sinistro all'ipocondrio si ha uno spazio di sette centimetri che limita quello che contiene lo stomaco. Il punto in cui è situata la fistola trovasi in parte presso il lobo sinistro del fegato per una distanza di circa due centimetri. Fegato pesa 1010 grammi.

Cavo pleurico destro normale; aderenze antiche alla parte superiore e laterale del polmone sinistro anche col diaframma. Siero limpido, circa 30-40 centimetri cubici nel pericardio.

Placche di ateromasia delle carotidi primitive. Vene giugulari profonde vuote.

Cuore piccolo, macchie lattee sul pericardio viscerale; poco sangue sciolto nella sua cavità. Atrio destro 10  $\frac{1}{2}$ ; sinistro 7, essendo represso il ventricolo sinistro. Seno aortico 9, polmonare 8. Endocardio assai opacato ed ispessito in corrispondenza delle orecchiette, massime a sinistra. Sufficienti le valvole sigmoidee aortiche e tutte le altre. Il ventricolo sinistro presenta all'orifizio mitrale un'ampiezza di 9. La valvola mitrale è ispessita ed opacata, con nuclei calcarei protrudenti nella faccia inferiore; così pure la tricuspide. Il miocardio è bruno; misura 15 millimetri nel sinistro e 6 nel destro. I seni del Valsalva sono dilatati, con placche calcari nella faccia esterna delle sigmoidee; le polmonari normali. Punti ateromasici nelle coronarie. Il cuore pesa 200 grammi.

Polmone destro con tenui essudati sulle pleure nella parte inferiore del lobo posteriore. Bronchi assai congestionati, con muco viscido in gran copia. Parenchima del lobo superiore anemico, disteso da aria, ed enfisema vescicolare al margine anteriore. Il lobo inferiore è assai congestionato ed edematoso nella sua parte posteriore, crepitante però in ogni suo tratto; la parte posteriore è anemica. Il polmone sinistro trovasi come il destro; pleura normale.



Pancreas, reni, fegato normali. Intestini normali.

Esame del pezzo patologico. La ferita della fistola dista dal piloro 18 centimetri in circa, in linea retta 10, e dal cardias in linea retta 9 centimetri. La mucosa in corrispondenza della canula trovasi suppurata. Il ventricolo è piccolo, e contiene poco muco. La grande curvatura misura 34 centimetri. Il piloro ammette a stento la punta del dito indice. Dal punto ristretto al cardias vi è una distanza di 15 centimetri. Superato il restringimento citato si ha una dilatazione per la quale passa fino al cardias un dito mignolo. Il tratto di esofago che sta fra il punto di stenosi ed il cardias mostrasi (aperto) con caratteri di epitelioma; vegetazioni sulla sua parete, delimitanti un'ampia ulcerazione che invade tutta la parete esofagea circolarmente con uno spessore di otto millimetri, mentre è di soli due nella parte sana. L'ulcerazione superiore è ricoperta da tessuto gangrenato esalante odore ammoniacale. L'ulcerazione si arresta all'entrata del ventricolo.

Causa della morte. Versamento sieroso alle meningi ed ai ventricoli; congestione polmonare in soggetto marastico; epitelioma esofageo con atrofia bruna cardio-epatica.

Concludendo, in questo caso causa della morte è l'inanizione, e l'atto operativo, giustificato da un'esatta diagnosi e dalle circostanze, giunse, non per colpa nostra, troppo tardi.

**Caso IV.** — Benaglia Antonio di Viadana, d'anni 53, contadino, entra nella Clinica Medica, diretta dal Prof. Giuseppe Silvestrini, l'11 Marzo 1884.

È un uomo di costituzione robusta, e proviene da un padre morto di affezione polmonare acuta e da una madre morta in età avanzata per apoplezia cerebrale; un suo fratello morì a 60 anni anasarcatice, ed un altro più vecchio per affezione cardiaca. Godè sempre di ottima salute, fino a 5 anni or sono, epoca in cui ammalò di reumatismo articolare di breve durata, e di cui guarì perfettamente. La malattia presente data dai primi di Gennaio ultimo scorso. Un giorno avvertì improvvisamente grande difficoltà nella deglutizione, e l'infermo aveva la sensazione come se il cibo si fermasse nella parte inferiore dell'esofago; insorse ben tosto il vomito, composto di materie alimentari e di sostanze liquide filanti, in grande quantità. Questa difficoltà nella deglutizione più non scomparve, e così pure il vomito. Non solo deglutiva difficilmente gli alimenti solidi, ma anche i liquidi. La disfagia è divenuta un fenomeno costante. Non sente mai dolori. Da circa un mese soffre di cardiopalmo, che insorge dopo il vomito. L'appetito è ottimo. Le defecazioni succedono a giorni alterni. Da un mese ha pure tosse accompagnata da escreato biancastro. I parenti riferiscono che prima dell'in-



sorgere della disfagia la difficoltà della deglutizione durava già da qualche tempo, specialmente per le sostanze solide. Il vomito, quando insorge, succede durante la deglutizione degli alimenti.

Stato presente. Costituzione robusta; scheletro regolare, e statura superiore alla media; nutrizione alquanto deperita nelle masse muscolari, e ancora più nel pannicolo adiposo sottocutaneo. Temperatura della cute fisiologica. Colorito della medesima naturale. Sistema glandulare periferico nulla offre di anormale. Varici al lato interno della gamba destra. La cute sulla regione anteriore e superiore del torace ed inferiore del collo presenta un colorito rosso diffuso, che scompare colla pressione, ed è dovuto ad applicazione di pomata stibiata. Cranio ben conformato; arterie temporali assai tortuose; pupille normali; colorito della sclerotica normale. Lingua coperta di patina bianco-giallastra in tutta la sua estensione; l'alito non è fetente; denti in buon stato; mucosa della bocca assai arrossata, e più ancora quella della retrobocca. La mucosa che ricopre l'ugola ha un colorito biancastro assai spiccato; anche le gengive sono arrossate, coperte di essudati biancastri facilmente staccabili.

Collo ampio; presenta nella parete antero-inferiore due tumefazioni che si congiungono trasversalmente al di sotto della cricoide; tumefazione situata al di sotto dello sterno-cleido-mastoideo, di cui la sinistra è più grossa della destra, e quella di consistenza pastosa, questa di consistenza cartilaginea.

Torace ben conformato. Tipo di respirazione addominale; si dilata uniformemente nelle sue due metà; nulla di abnorme alla percussione ed ascoltazione nelle regioni anteriori toraciche, e così nelle laterali; però a destra il respiro è un po' aspro ed alquanto debole; posteriormente a destra si avvertono rantoli a medie bolle, specialmente nelle parti inferiori, con respiro vescicolare aspro. Fremito e risonanza vocale ovunque normale.

Cuore. L'itto cardiaco non è visibile nè palpabile. Ottusità relativa cardiaca affatto normale. Toni della punta molto deboli, ma normali; così pure alla parte inferiore dello sterno ed anche alla base. Pareti dell'arteria radiale un po' rigide. Polso di media frequenza, ritmico, di assai debole tensione.

Addome. Assai depresso, specialmente nei quadranti superiori; esagono ben conservato; pulsazione nell'alto della regione epigastrica, più distinta nella metà sinistra, sincrona colla diastole dell'arteria, preceduta da un rientramento e successiva proiezione della parete. Suono ovunque timpanitico alla percussione. La palpazione nulla rileva di abnorme nel quadrante inferiore di sinistra, e così pure in quello di destra; è indolente. Si avverte la pulsazione dell'aorta a sinistra della colonna vertebrale, pulsazione però che non ha un volume maggiore del normale; su di essa si avvertono due toni ben distinti. Palpando profondamente nel-



l'epigastrio, anche durante una profonda inspirazione, nulla si rileva di abnorme. L'ottusità relativa epatica misura centimetri 12 nella linea sternale media, nella parasternale 14, nell'emiclaveare 14, nell'ascellare anteriore 14, nell'ascellare media 13 e 12 nella posteriore. L'area splenica non è punto ampliata; non ci riesce bene a determinarne la sede.

All'esame del vomito si hanno molti globuli bianchi, e molte cellule epiteliali pavimentose dell'esofago. Molta *torula cerevisiae*.

Il Prof. Silvestrini mi fece visitare questo malato. Introdussi una sonda esofagea, la quale a 38 centimetri dall'apertura buccale trovò un ostacolo, pel momento insuperabile.

Feci la diagnosi di restringimento neoplastico, per carcinoma, dell'ultima porzione dell'esofago, e consigliai di tentare per qualche seduta di dilatare quel restringimento. Affidato l'infermo alle mie cure, mi riuscì passare nello stomaco con un dilatatore a corona del Del Greco, costruito sui precetti di quello per l'uretra del Corradi. Nei giorni consecutivi potei introdurre una sonda esofagea sino nello stomaco, e nel tempo che io ve la lasciava, iniettare del brodo, delle uova e del vino.

Il Benaglia si trovò in pochi giorni migliorato, solo perchè potevasi nutrire un poco di più. Questo leggero e molto transitorio miglioramento a lui parve sufficiente, e lasciò la Clinica il 26 Marzo 1884 nelle condizioni già notate, e solo migliorate un poco le generali.

**Caso V.** — Guaita Fabrizio di San Matteo di Mantova, d'anni 66, colono, veniva gentilmente a me inviato, per consultarmi, dal Signor Dott. Guglielmo Fortunati, il 29 Giugno 1884. Era un individuo emaciato, di colorito paglierino. Si lamentava che da circa quattro mesi non poteva più prendere cibo; egli cominciò a trovare difficoltà nell'ingerire i solidi, e poi anche i liquidi. Vomitava non appena si provava ad introdurre qualche cosa nello stomaco. Provava dolore vivissimo, lancinante lungo il decorso dell'esofago, nell'ultima porzione. Provato a passare con una sonda esofagea, questa trovava un potente ostacolo a circa 36 centimetri dall'apertura buccale. Mi si riferiva che un tale ostacolo l'aveva riscontrato anche il Medico curante, il quale, solo una volta, con una sonda piccolissima l'aveva potuto sormontare. Consigliai di provare il passaggio di una sonda per provvedere alla nutrizione; nel caso che ciò non fosse possibile, anzichè insistere in queste manovre che potevano essere pericolose, e far perdere del tempo, procedere immediatamente alla gastrostomia. Soggiunsi ancora che per me la diagnosi di natura del restringimento non era dubbia; ma mi sembrava conveniente, aperto lo stomaco, di verificare meglio le condizioni, per vedere, se, anzichè lasciare una fistola gastrica, era il caso di fare la divulsione del cardias alla Loreta. Non ebbi più notizia di questo malato veduto in consulto, e che sta lontano da Parma.



**Caso VI.** — Strozzi Battista di Sorbolo, di circa 60 anni, venne a me condotto sul finire del Giugno 1884. Lo visitai perchè si lamentava di avere, fino dall'Ottobre ultimo decorso, dolori vivissimi alla regione epigastrica, vomiti continui, impossibilità di introdurre nello stomaco qualsiasi sostanza. Erano sei giorni che non prendeva cibo. Verificai un restringimento canceroso all'estremo inferiore dell'esofago. Potei penetrare una sottile sonda fino nello stomaco, e giacchè questo passaggio era possibile, consigliai di approfittarne per la nutrizione. Era però in condizioni generali tali da non porre menomamente in dubbio che ben presto l'avrebbe finita con i suoi tormenti. Infatti seppi più tardi che moriva, dopo pochi giorni, per inanizione.

Adesso che ho narrate le storie di questi sei casi importantissimi di restringimento dell'esofago, desidero discutere un punto importante di terapeutica chirurgica, e cioè quand'è che il chirurgo deve operare sullo stomaco per fare una strada agli alimenti.

Oggi abbiamo, oltre la gastrostomia, anche un'altra operazione, che si eseguisce per la via dello stomaco, e voglio dire la divulsione del cardias, secondo i precetti del Prof. Loreta; e quindi la discussione può e deve aver luogo anche sotto questo punto di vista.

La esofagotomia esterna, consigliata dal Verduc, e praticata la prima volta nel 1738 da Goursault, e poi dal Roland e per il terzo da Sante Ricchi di Assisi nel 1797, ed illustrata nella sua classica opera dal Guattani, tradotta dal Prof. Marcacci di Siena, non può avere la sua applicazione che come mezzo palliativo, destinato a dare il mezzo di nutrire il malato, in quei casi nei quali la sede del restringimento è in alto, e cioè in quella porzione di esofago che sta nel collo. La esofagotomia esterna però non può più avere molte probabilità di essere eseguita, inquantochè o si tratta di restringimento per neoplasma, che se nel collo è sempre nel dominio del chirurgo per l'esportazione, oppure se di altra natura deve cedere dinnanzi ad un'esofagotomia interna, o, magari, come dice il Del Greco, ad una esofagotonixi.

L'esofagotomia interna, ideata e praticata nel 1861, a quello che pare, da Maisonneuve, trova l'indicazione in qualunque restringimento, per la sede; ma non è così per la natura. Il Del Greco dice, che nei casi gravissimi di restringimenti neoplastici, si possa essere anco autorizzati ad una esofagotomia interna, ope-



razione assai meno rischiosa della gastrostomia. Io non mi trovo d'accordo col mio egregio amico e collega, perchè non temo tanto della gastrostomia, la quale mi si presenta con delle cifre statistiche spaventevoli, perchè fatta sempre molto tardi; perchè per i restringimenti cancerosi io trovo una controindicazione nell'incidere un tessuto, il quale so che reagisce, ogni qual volta è cauterizzato o tagliato, in modo da pormi sempre in peggiori condizioni.

Per questa specie di restringimenti sono uguali le ragioni per le quali non corrisponde la dilatazione o la cauterizzazione: quest'ultima non produce che un'escara sopra un tumore, il quale continuerà a svilupparsi; e la dilatazione non ha nessuna azione sopra una neoplasia, come l'avrebbe sopra un tessuto di cicatrice o atrofizzato.

Ne viene quindi di conseguenza che nessun mezzo di cura radicale può venire impiegato per i restringimenti esofagei da neoplasma che hanno la loro sede nelle ultime porzioni dell'esofago stesso; e conviene solo ricorrere a dei mezzi palliativi, alcuni dei quali, come l'esofagotomia esterna, inapplicabili perchè agiscono troppo in alto, ed altri non buoni, perchè capaci di produrre dei guasti ancora maggiori.

Il Loreta (*La divulsione digitale del piloro e la divulsione strumentale dell'esofago e del cardias invece della gastrostomia*. Bologna, Treves, 1884), in due Memorie che da sole farebbero onore a tutta la Chirurgia Italiana di questi ultimi anni, parla della divulsione del piloro, e di quella del cardias e dell'esofago; e per quest'ultima aggiunge la frase « *invece della gastrostomia* ». L'operazione del Loreta, che ha dato a lui, ed ha cominciato a dare anche ad altri degli splendidissimi risultati, a quali stenosi esofagee è applicabile? Il Loreta scrive che nelle stenosi da carcimona, fatta la diagnosi, la gastrostomia va fatta subito, sia o no la stenosi superabile del cateterismo; nelle stenosi da cicatrice la gastrostomia è solo indicata quando il cateterismo è reso assolutamente impossibile. Soggiunge poi con giustezza di critica, che la gastrostomia fu sempre considerata come un mezzo palliativo nei cancerosi, atto però a prolungar alcun poco la vita e a togliere i sintomi più penosi; pei restringimenti cicatriziali si pensò da taluno che fosse la fistola come un primo passo per avviarci a risultanze più soddisfacenti.

Ne viene quindi di logica conseguenza che anche l'operazione



del Loreta non è applicabile per alcuni restringimenti, e cioè per quelli da neoplasma, in quanto che qui non si può dilatare, non si può divelgere, non si può incidere. L'operazione del Loreta potrà dunque in avvenire avere più larga applicazione: si potrà, lo credo fermamente, oltre che divelgere, seguendo i precetti del Clinico Bolognese, incidere un restringimento per la via dello stomaco. È questo un passo che sono sicuro farà la terapeutica chirurgica. Ma intanto, fino a che non sia sperimentalmente dimostrato, che il cardias si possa resecare, alla pari del piloro, noi ci troviamo senza risorse dinanzi ad un restringimento dell'esofago per carcimona che abbia sede nell'ultima sua porzione.

Di sei casi di restringimenti esofagei, uno era per cicatrice, e la dilatazione ne riportò facile vittoria; uno era per neoplasma e situato in alto, ed un'ardita operazione poteva rimediare alle ingiurie della malattia, se potevamo intervenire più presto; altri quattro erano tutti restringimenti per carcinoma e con sede molto in basso. In uno di questi, e giust'appunto quello nel quale intervenimmo chirurgicamente, il reperto necroscopico ci fece vedere come qualunque tentativo fatto per le vie naturali doveva riuscire infruttuoso, e poteva divenire dannoso. Degli altri tre casi, in due nulla potemmo fare, ed in uno agimmo solo temporariamente con la dilatazione; ma sono sicuro che, scorso già molto tempo, quel disgraziato avrà dovuto morire per inanizione causata dalla sua stenosi per neoplasma.

Il dilemma è questo: dato un restringimento esofageo per neoplasma, nell'ultima sua porzione, il chirurgo deve lasciare il malato a sè stesso, o intervenire? Oggidì che non è più permesso accettare la prima ipotesi, che equivale a restare inerti, conviene prendere risoluti la seconda via, e mi sembra che non rimanga che la gastrostomia come mezzo operativo da compiere, gastrostomia la quale si presenta circondata dai più tristi prognostici, perchè raramente e tardivamente fatta, perchè non è che un mezzo palliativo e non un mezzo radicale di cura.

Il segreto delle resultanze date dalla gastrostomia lo trovo tutto in quel tardivamente e raramente, e cioè nei casi più disperati. Se io mi ponessi a spigolare un poco la letteratura chirurgica, potrei trovare facili prove al mio asserto: basti un solo caso, e cioè l'operato di Trendelenburg di Rostock (*Ueber einen Fall von Gastrostomie bei Oesophagusstrictur*. Archiv für klinische Chirurgie, Band XXII, pag. 227), il quale in quattro mesi poté



aumentare di un quarto del suo peso, e con molta facilità prima masticava i suoi cibi, e poi per mezzo di un tubo dalla bocca li mandava nello stomaco.

Studiamo adesso un poco più da vicino la gastrostomia.

Se io mi riporto alla statistica pubblicata dal Dott. Alberto Blum negli *Archives générales de Médecine* (Novembre 1883), e tradotta dall'egregio Dott. Luigi Medini per il *Bollettino delle Scienze Mediche di Bologna*, sarebbero 131 le gastrostomie fino ad ora eseguite, e di queste solo due in Italia, aggiungendovi la mia. L'altra appartiene al Dott. Rocco Gritti di Milano, da lui narrata al Dott. Teodoro Escher di Trieste in una lettera inserita nella *Gazzetta Medica Italiana, Lombardia*, N. 1, 1881. Il malato del Gritti morì dopo 37 ore dall'operazione.

Alle cifre del Blum aggiungendo il mio caso, intanto abbiamo che su 132 gastrostomie 86 morti avvennero prima del 20° giorno. I risultati sono questi:

15	morirono	il 1° giorno
24	»	il 2° »
11	»	il 3° »
21	»	dal 4° al 10° giorno
15	»	dal 10° al 20° »
8	»	dal 20° al 40° »
38	sopravvissero	da mesi fino a 2 anni.

Più di due anni visse il ragazzo operato dal Trendelenburg, e del quale ho già dato un cenno.

Ora, come dice il Blum, i migliori risultati si ebbero negli ultimi tempi, quando, divenuti più arditi nell'operare, non si è atteso che il malato fosse agli estremi prima d'intervenire. Una prova poi della non straordinaria gravità dell'atto operatorio si trova nel fatto, che 25 volte la gastrostomia fu eseguita per restringimenti non cancerosi, e soltanto 12, e cioè il 48 %, morirono entro i primi venti giorni. È naturale questo se si ripensi per un poco, che quando si tratta di restringimento canceroso abbiamo alterazioni locali, glandolari e viscerali, e che il successo non può essere che un'eccezione, a meno che, lo ripeto, non si operi assai per tempo prima che gravi complicate sieno insorte.

Lo storiografo diligente ed accurato della gastrostomia fu il Dott. L. Henry Petit (*Traité de la Gastrostomie*, Paris 1879),



il quale raccolse le quarantuna istorie dei casi conosciuti nel 1879, ed emise dopo uno studio attento le seguenti conclusioni, poggiandole sempre, lo ripeto, sopra le osservazioni che avevano fornito soggetto del suo studio. Egli scrive: « La gastrostomia, proposta per la prima volta nel 1837 da Egeberg, chirurgo norvegiano, poi da vari altri in Francia ed in America, fu eseguita per la prima volta nel 1849 da Sédillot, il quale probabilmente non conosceva i lavori precedenti. Sino ad ora quest' operazione è stata eseguita 41 volte per restringimento dell' esofago, e 2 volte per rimediare in seguito con il cateterismo e la dilatazione ad un restringimento del piloro. Noi lasciamo da parte quest' ultima applicazione della gastrostomia. Nei 41 casi di restringimento dell' esofago sono stati usati vari processi. Quello che conviene di adottare è quello del Verneuil, che, messo in pratica in 7 casi ha dato 4 successi. Negli altri 34 casi, 31 volte la morte è sopraggiunta poco tempo dopo l' operazione; gli altri 3 casi possono essere considerati come dei successi operatori. Le cause di questi rovesci sono: lo stato di esaurimento nel quale si trovano gli operati, le lesioni viscerali che esistevano, e infine, in alcuni casi, la imperfezione del processo operatorio. La peritonite non è sopraggiunta che 9 volte nei 41 casi, e non può essere imputata all' operazione stessa che in 2 casi. Quando lo stato generale degli individui sarà meno in cattive condizioni che non nell' immensa maggioranza dei casi anteriori, siamo autorizzati a credere che la gastrostomia, eseguita col processo di Verneuil, riuscirà, come è avvenuto a quei chirurghi che l' hanno eseguita con questo processo. Nei casi di restringimento canceroso, la gastrostomia ha per scopo utile di calmare la fame e la sete, e può prolungare la vita permettendo di evitare l' irritazione del tumore, ed in seguito l' aggravamento del male, causato dai tentativi di deglutizione. Bisogna praticarla in tali casi, anche quando il restringimento è ancora permeabile alla sonda, se i tentativi di deglutizione provocano gli sforzi del vomito. L' esistenza di una complicanza viscerale, specialmente polmonare, è una formale controindicazione: l' operazione praticata in queste condizioni sarà seguita da morte in breve spazio di tempo. In caso di restringimento cicatriziale bisogna operare appena accertatisi dell' impermeabilità dell' ostacolo. Si potrà, in seguito, quando il successo della gastrostomia sarà certo, provare di fare il cateterismo dell' esofago di basso in



alto. Si potrà e si dovrà cominciare l'alimentazione dallo stomaco nelle prime ore che seguirono alla gastrostomia ».

Il 10 Ottobre 1883, Championnière faceva una comunicazione alla Società di Chirurgia di Parigi a proposito di una gastrostomia da lui eseguita per restringimento dell'esofago: la morte avvenne dopo quattro giorni. Fu in questa occasione che ebbe luogo in seno alla Società un'ampia discussione su quest'argomento per ricercare qual'era il migliore fra i processi operatori; e le indicazioni esatte date da Labbé sono certamente le migliori. Del resto, come dice Pétit in un articolo pubblicato nell'*Union Médicale* del 19 Febbraio 1884, i vari chirurghi hanno cambiato di un poco queste leggi. In Inghilterra l'incisione ha una direzione secondo una linea verticale che parte dall'estremità anteriore della 7<sup>a</sup>, dell'8<sup>a</sup> e della 9<sup>a</sup> costa, e corrispondente al margine esterno del muscolo retto. In Germania si attengono al processo di Schönborn, il quale operando prima che il restringimento sia del tutto impermeabile, faceva passare un pallone di caoutchouc nello stomaco, e rigonfiatolo incideva sulla guida di questo. Albert di Vienna fa l'incisione lungo la linea di mattità a sinistra data dal fegato. Larger, che lesse una nota alla Società di Chirurgia sul punto di elezione della fistola nella gastrostomia, consiglia di tenersi molto in alto. Ed io che ebbi ad eseguire quest'operazione, posso dire che il tempo più difficile è quello di trovare e portare in corrispondenza dell'incisione lo stomaco, appunto perchè piccolo, retratto, ogni qual volta si ha che fare con restringimenti esofagei gravi. È per tale ragione che anch'io, con il Larger, sostengo essere bene tenersi più in alto che sia possibile, e più in vicinanza del margine costale che è concesso all'operatore.

Non posso dimenticare di fare menzione di un importante lavoro del Dott. J. M. Muselli sulla *Fistola gastrica* edito a Bordeaux nel 1881. Egli studia le fistole gastriche accidentali osservate nell'uomo; quelle fatte negli animali a scopo di esperimento; le fistole gastriche chirurgiche o gastrostomie. Lo studio delle prime intanto potè dimostrare in un modo assoluto, come il prognostico di queste lesioni non è grave; e questo serve a dovere per il chirurgo, perchè in tal modo si trova autorizzato ad agire per conto proprio ogni volta che gli è utile farsi una strada a traverso lo stomaco. Lo studio delle fistole gastriche sperimentali fece studiare anche il manuale operativo; e quello della vera e propria gastro-



stomia ha dimostrato come i successi sieno ottenibili solo quando il chirurgo si accinge ad operare presto.

E di questo parere sono pure Maydl (*Ueber Gastrostomie. Wiener medicinische Presse*, N. 47 e 48, 1883), Rupprecht (*Beitrag zur Kasuistik der Magenoperationen. Archiv für klinische Chirurgie*, Band XXIX, Heft I), Fiedler (*Zur Lehre von der Operationen am Magen. Inaug. Dissert. St. Petersburg* 1883), Vitringa (*Over Gastrostomieën. Dissertation. Groningen* 1884), Lutz (*Gastrostomy. St. Louis Medical and Surgical Journal*, Aug. 1881), Kocher (*Beiträge zur Chirurgie des Magens. Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1883, N. 23 e 23), Woelfler (*Die Magenbauchwand-Fistel und ihre operative Heilung nach Professor Billroth's Methode. Archiv für klinische Chirurgie*, Band XX, pag. 577), Schoeborn (*Ueber Gastrostomie. Archiv für klinische Chirurgie*, Band XXII, pag. 500), Lauenstein (*Zur Chirurgie des Magens. Archiv für klinische Chirurgie*, Band XXVIII, pag. 411), Alsberg (*Ein Fall von Gastrostomie wegen Oesophagus-Carcinoma. Archiv für klinische Chirurgie*, Band XXVIII, pag. 750), Maurer (*Beiträge zur Chirurgie des Magens. Archiv für klinische Chirurgie*, Band XXX, pag. 1), e tanti altri scrittori, delle opinioni dei quali si può trovare un lungo cenno in alcuni sunti della *Revue des Sciences Medicales* del 15 Aprile 1884.

Oramai mi sembra di avere spigolato a sufficienza per potere riassumere le mie idee il meglio possibile.

Come ho già detto, un tempo difficile dell'operazione è quello di ritrovare lo stomaco, il quale è molto piccolo e retratto, perchè ormai da vario tempo abituato a restare quasi o completamente vuoto. Per questo tempo dell'operazione credo sia utile tenersi il più possibile vicino alle coste, e cominciare l'incisione molto in alto. Altra difficoltà l'abbiamo nella introduzione della canula, e per evitare qualcuno degli inconvenienti dovuti a questo tempo dell'operazione stimo utilissimo di modificare la canula che si adopera comunemente, riducendola ad una mezza luna per facilitare la manovra d'introduzione.

Resta adesso l'ultimo quesito, e cioè quando è che il chirurgo deve ricorrere alla gastrostomia, la quale rimedia soltanto alle esigenze del momento. Non è certo, appunto per queste ragioni, applicabile nei casi nei quali con operazione di altro genere possiamo raggiungere lo stesso scopo. Quindi ogni qual volta il restringimento possa essere superato, lo si faccia sia con la dilata-



zione, sia con la esofagotomia; tutta volta che il neoplasma che costituisce la stenosi può essere esportato, l'atto operatorio deve essere eseguito. Ma quando siamo dinanzi ad un restringimento neoplastico per carcimona dell'ultima porzione dell'esofago, dobbiamo ricorrere alla gastrostomia per aiutare quel disgraziato che muore di fame; e per potere avere un'utilità dall'operazione, seguendo il precetto degli Inglesi, operare presto, quando i guasti locali e le condizioni generali deplorabili non sono a tal punto da non dare speranza al chirurgo e al malato.

Parma, 5 Agosto 1884.