

Un caso di gastrectomia / Torquato Sironi.

Contributors

Sironi, Torquato.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Pavia : Premiato stabil. tipo-litografico successori Marelli, 1905.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/q2bcvwhx>

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. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).



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

DOTT. TORQUATO SIRONI

F. F. DI CHIRURGO PRIMARIO NELL' OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO

24

UN CASO
DI
GASTRECTOMIA

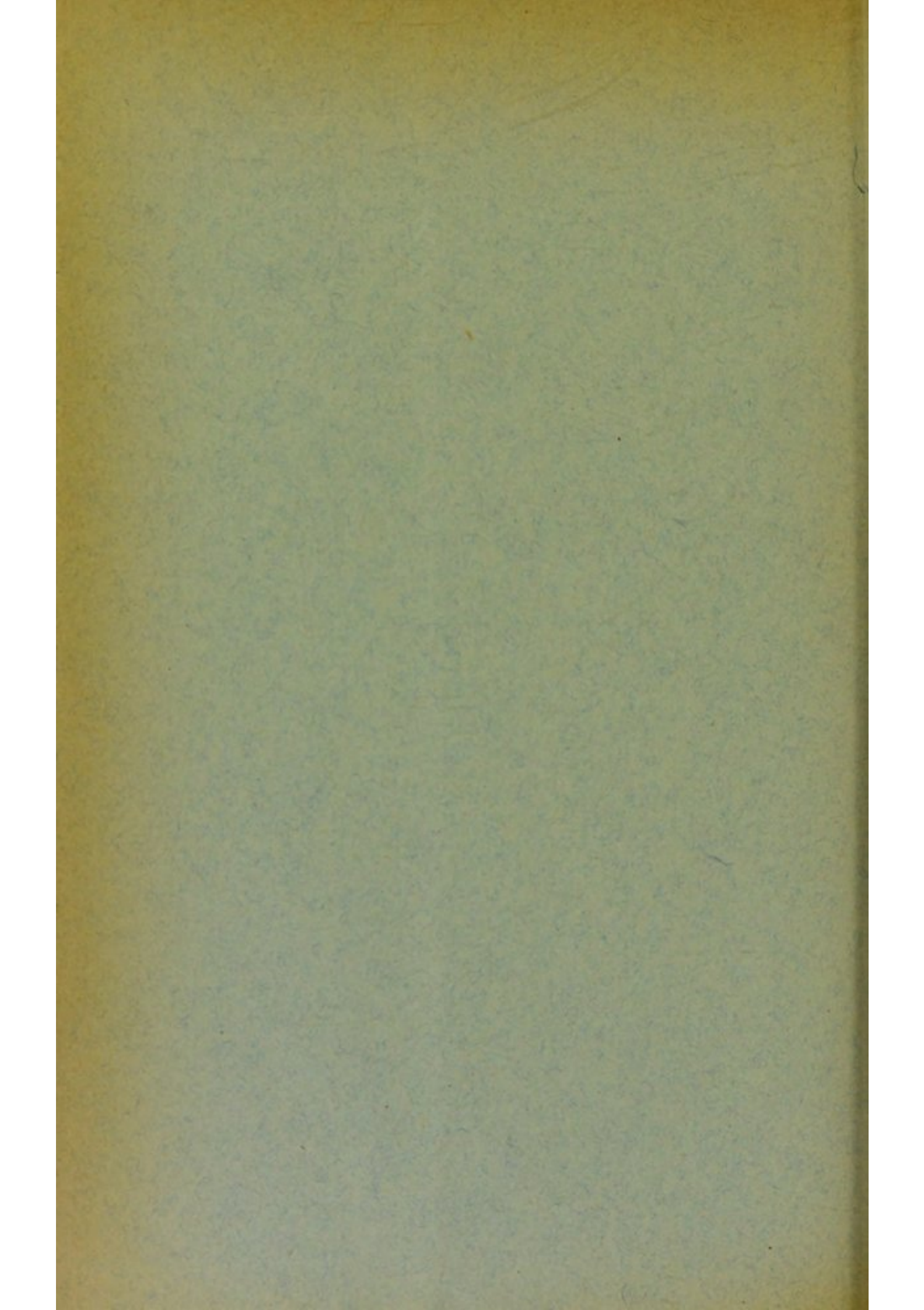
GIUGNO 1905

Dottor TORQUATO SIRONI
Corso P. Romana, 89
MILANO



PAVIA

PREMIATO STABIL. TIPO-LITOGRAFICO SUCCESSORI MARELLI
1905



DOTT. TORQUATO SIRONI

F. F. DI CHIRURGO PRIMARIO NELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO

UN CASO

DI

GASTRECTOMIA

GIUGNO 1905



PAVIA

PREMIATO STABIL. TIPO-LITOGRAFICO SUCCESSORI MARELLI
1905

.....
Estratto dalla *Gazzetta Medica Italiana*, n. 29 e 30, 1905
.....

« Le Chirurgien peut aujourd' hui
ardiment et avec raison déclarer que
beaucoup des maladies de l' estomac
lui appartiennent, et qu' il les guérit
pourvu qu' on comprenne la chirurgie
non comme une ressource dernière
et désespérée, mais qu' on la consi-
dère comme le premier remède ra-
tionnel et puissant ».

Rapporto del prof. A. Ceccherelli
al Congresso di Madrid.

(Atti del Congresso pag. 316).

Ullmann (*Münch. med. Woch.*, n. 45, 1900) pubbli-
cando un caso di resezione totale dello stomaco con esito
felice riferisce che al principio del 1904 erano noti venti
casi di quest' operazione.

Schlatter praticò per la prima volta la estirpazione
totale dello stomaco nella clinica del prof. Krubin a
Zurigo il 7 settembre 1897. Schlatter esportò total-
mente lo stomaco e, chiuso il duodeno, innestò il cardias
sul digiuno a trenta centimetri del legamento di Treitz.
L' ammalato visse 14 mesi e morì per riproduzione in
sito e per metastasi del tumore.

Nordmann, assistente del prof. Körte, in una sua
memoria « Contributo alla chirurgia dei tumori dello
stomaco » riferisce di 36 operati su questo viscere. Körte
non ha mai praticato una vera resezione totale dello sto-
maco; egli si preoccupò anzi di conservare sempre una
striscia delle parete gastrica vicina al cardias, la quale

serve benissimo a formare il tratto di congiunzione fra l'ansa più alta del digiuno e l'esofago. Nell'atto operativo da me eseguito, e che riferisco, ebbi presente questo consiglio del Körte e mi attenni alla tecnica da lui indicata.

Secondo Nordmann questa piccola parte di stomaco che si conserva è di un grande utilità per nutrire presto gli ammalati, per la secrezione abbondante data dalla parte di mucosa conservata e per la presenza del peritoneo sul moncone neoformato, il quale facilita grandemente il coallito coll' intestino.

Kelling di Dresda nel 1904 pubblicò sei casi di resezione dello stomaco carcinomatoso. L'A. in due casi riunì direttamente l'esofago col digiuno adoperando una specie di bottone di Murphy modificato, in un altro caso suturò il digiuno all'esofago; ma tutti e tre gli operati morirono per l'atto operativo.

Egli attribuisce l'esito negativo a varie cause, ma principalmente a questo, che le suture dell'esofago non tengono perchè i fili tagliano i tessuti e la coalescenza è minima; di più i fori della sutura non si chiudono e il contenuto dell'esofago e dell'intestino si versa nel peritoneo: quindi facile peritonite. A queste condizioni anatomiche si aggiunge l'impossibilità di nutrire l'operato: quindi l'esaurimento.

Kelling credette di poter togliere questo inconveniente alla gastrectomia totale escogitando un complicato sistema di anastomosi intestinali ed applicando un sistema di pompe alla cavità operata.

Nella *figura* schematica (fig. 1) ch'io riproduco si vede bene come egli dispose l'intestino. Esportato lo stomaco, chiuso il duodeno e abbandonatolo, egli taglia il digiuno al suo inizio (*a*), poi pratica un'altra incisione sullo stesso intestino a trenta centimetri di distanza

(*d*). Innesta la parte superiore (*a*) del digiuno nel cardias con un bottone alla Murphy e porta la parte inferiore

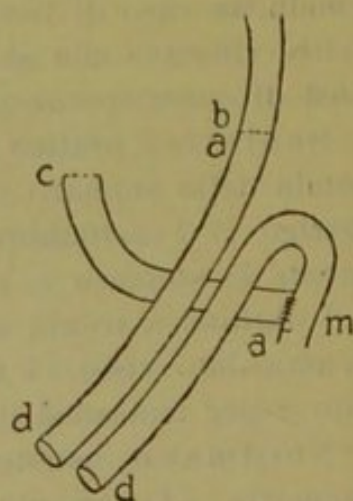


Fig. 1

del digiuno reciso all'esterno. Innesta poi con una anastomosi laterale il duodeno inciso nel digiuno in un punto (*m*) situato a circa trenta centimetri sotto alla seconda incisione del digiuno, portando poi all'esterno l'altro estremo superiore del digiuno reciso (*d*).

Kelling applica poi una pompa aspirante (sistema a sifone) al moncone d'intestino comunicante coll'esofago, allo scopo di esportare i materiali che indubbiamente si verserebbero nella cavità addominale, e adopera l'altro moncone d'intestino per nutrire abbondantemente l'operato subito dopo l'atto operativo. Si riprometteva di chiudere poi con un secondo atto operativo la cavità addominale e di stabilire un'ampia anastomosi fra i due monconi del digiuno portati all'esterno.

Kelling operò due individui con questo sistema, ma essi non resistettero all'atto operativo. Il sistema immaginato dall'operatore è davvero ingegnoso, ma è certo che questo andare e venire dell'intestino reciso in più punti non deve favorire l'esito finale dell'atto operativo reso così d'una complicazione straordinaria.

Nell'ultimo caso riferito da Kelling si ebbe anche qui una resezione totale dello stomaco, e tale che per il voluminoso tumore esportato non si potè pensare a congiungere il digiuno all'esofago, ma questo venne suturato e abbandonato come il duodeno e si fissò all'esterno il digiuno per poter nutrire l'operato.

Kelling attribuisce la morte dei suoi operati all'infezione peritoneale pei facili secreti nella cavità formatasi nell'addome per l'ablazione del viscere. Consiglia come rimedio l'aspirazione a sifone della cavità peritoneale previo il zaffamento alla Mikulicz; conclude però il suo lavoro dichiarando doversi rinunciare alla possibilità di trovare un metodo pratico per la esportazione totale dello stomaco.

Kelling invece ottenne risultati abbastanza buoni nelle resezioni parziali di cui alcune molto estese.

Moyniham riferisce un caso di resezione totale dello stomaco. Esportò in una donna di 49 anni tutto lo stomaco carcinomatoso e fece una anastomosi fra l'esofago e il digiuno. La sutura fu assai facilitata dalla introduzione nell'esofago di una grossa sonda all'esterno della

quale si suturò. La paziente morì d'esaurimento subito dopo l'atto operativo.

Al Congresso di Madrid il dott. Cardenal di Barcellona incaricato di riferire sull'*indicazione dell'intervento chirurgico nelle affezioni dello stomaco* concludeva così:

L'intervento chirurgico in forme gastriche è allo stato attuale della scienza sempre giustificato:

I° negli infermi gastropatici con sintomi persistenti, tipici e sicuri di dolore, vomito e ritenzione stomacale;

II° negli infermi con diagnosi sicura e positiva di neoplasia dello stomaco, soprattutto apprezzabile all'esplorazione diretta sulla regione anche quando i sintomi sieno scarsi o mancanti. Questi potrebbero comparire ritardando l'intervento;

III° in tutti i casi dubbî nei quali l'ammalato va dimagrendo in modo allarmante con sintomi gastrici oscuri e con diagnostico parimenti oscuro.

Questi concetti che furono enunciati dal relatore Dottor Cardenal vennero senza discussione accettati dal Congresso, e pare anche a me che assai bene e brevemente limitino l'azione del chirurgo nelle forme accertate ed anche semplicemente sospette di neoplasie dello stomaco.

Ammessi questi principî per l'utilità di un intervento operativo sullo stomaco, rimane ancora a stabilire quale atto operativo sia più utile ad applicarsi nelle varie forme di tumori stomacali. Gastroenteroanastomosi, pilorectomia, gastrectomia parziale, gastrectomia totale, sono atti operativi che conducono tutti ad un identico scopo, quello di permettere ai cibi il passaggio dall'esofago agli intestini. Questo intento delle operazioni sullo stomaco se è comune a tutte è anche l'unico nella gastroenteroanastomosi: infatti questa operazione non ha altro scopo che di aprire una strada, mentre le altre: gastrectomia, pilorectomia, oltre ad aprire il passaggio tentano l'esportazione del tumore.

Si capisce da questo come assai difficile torni al chirurgo di decidersi a portare il suo intervento all'infermo in una forma piuttosto che in un'altra. E la cosa apparirà tanto più difficile, quando si pensi alla necessità assoluta di decidersi per una operazione piuttosto che per un'altra a ventre aperto.

La diagnosi di sede d'un tumore gastrico è sempre cosa così difficile, che quasi mai ci sarà dato di stabilire innanzi all'atto operativo un piano di condotta.

I varii risultati ottenuti dai chirurghi in questo genere d'operazioni, risultati che qualche volta furono disastrosi, influirono grandemente sulle opinioni dei chirurghi stessi, così che alcuni consigliarono essere sempre necessario esporre il tumore, altri di lasciarlo in posto. Alcuni consigliarono le esportazioni parziali del viscere ammalato, altri l'esportazione totale. Qualche altro sconsigliò affatto l'esportazione totale dello stomaco, coll'incisione cioè sul cardias, poichè stimò, come abbiamo visto, non solo difficile, ma impossibile il successo, mancando la facoltà di coalito dell'esofago all'intestino.

Fra i diversi autori che cercarono di dare qualche norma che servisse di guida al chirurgo nel decidersi sulla qualità dell'intervento, io credo che le indicazioni date da Moyniham siano quelle che, fatta qualche piccola modificazione, corrispondano meglio a portare un vero giovamento nelle condizioni d'un ammalato affetto da forma neoplastica dello stomaco.

Moyniham consiglia di praticare assai presto la laparotomia esplorativa come atto operativo perfettamente innocuo. Si deve esportare sempre il tumore, quando la cosa sia possibile e con esso devonsi esportare anche le ghiandole che eventualmente fossero prese da metastasi. L'ablazione del viscere deve essere quanto più ampia sia possibile.

Moyniham consiglia di esportare il viscere ammalato anche quando vi siano nodi metastatici limitati nel fegato, e qui parmi giusto di aggiungere che sarà bene prendere indicazione anche dallo stato generale del paziente.

Nelle forme neoplastiche dello stomaco con aderenze tali da non permettere, senza immediato pericolo, l'esistenza dell'infermo, si presentano due casi: o il tumore prenderà una parte lontana dal piloro così da non essere avvertita alcuna stenosi dello stesso, oppure il tumore avrà il suo substrato solo nei tessuti pilorici o anche nei tessuti pilorici con sintomi di stenosi di quest'organo.

Moyniham, data come abbiamo detto l'impossibilità del-

l'ampia ablazione del tumore, consiglia di praticare la gastroenteroanastomosi nei soli casi di stenosi-pilorica e di non intervenire affatto nei tumori non esportabili e non occludenti questo orificio. Anche qui sarà bene osservare che, accettato di non intervenire nelle forme non occludenti il piloro, si dovrà tuttavia praticare la gastroenteroanastomosi quando la prossimità della neoplasia all'orificio inferiore dello stomaco potrà far temere un'occlusione assai prossima di questa apertura.

Non credo che questi precetti abbiano bisogno d'essere sussidiati da alcuna dilucidazione. Essi sono evidenti e corrispondono ad una giusta intesa dell'opera del chirurgo.

A queste norme io m'attengo quando debbo intervenire in ammalati affetti da neoplasie gastriche.

*
* *

Abate Maria di Cima Porlezza, d'anni 47, contadina, entrata il 16 gennaio 1905 in sala Carcano.

Nulla di notevole nel gentilizio, nessuna malattia grave, mestruì a 15 anni, poi sempre regolari sino al febbraio dell'anno decorso menopausa. Ebbe 6 figli ed un aborto.

La malattia presente iniziò nell'aprile del 1904 con diminuzione d'appetito, senso di peso dopo il pasto, rutti di cattivo odore, stitichezza notevole, deperimento considerevole. Da qualche settimana l'ammalata ha notato la presenza nella parte alta dell'addome di un corpo assai mobile leggermente dolente spontaneamente, ma assai al tatto. Le eruttazioni fetide, i rigurgiti amari, il dimagrimento ci sono fatti notevolissimi. Scheletro regolare, denutrizione impressionante (peso: kg. 35) oligoemia senza tinta giallognola, non ghiandole ingrossate, ipertrofia della tiroide. Polso, temperatura normale.

Addome depresso, trattabile. Notasi un rilievo periombelico e verso sinistra, che nei moti respiratorii si abbassa. Alla palpazione il bordo epatico non è sensibile e nemmeno quello della milza, nella fossa iliaca sinistra abbondanti masse fecali, a destra gorgoglio ileo-cecale.

Nella parte superiore dell'addome si palpa un tumore di forma allungata trasversalmente, di superficie un po' irregolare, di consistenza fibrosa, ben limitato in basso, meno in alto, dove si porta sotto il bordo costale.

La palpazione ne è assai dolorosa: è mobile e spostabile, nessuna aderenza ha colle pareti addominali.

Dopo i soliti esami e la preparazione dell'A. si procede all'atto operativo il 17 gennaio 1905.

Incisione di dodici centimetri mediana dal bellico all'appendice xifoide: fissamento del peritoneo alle pareti addominali.

Lo stomaco appare subito nella ferita enormemente inspessito, sporgente, duro e costituente un grosso tumore. Alla palpazione si rileva che la neoformazione prende la piccola curvatura qualche centimetro al di là del cardias, si estende in basso a tutta la grande curvatura lasciando libera solo una piccola parte del viscere vicino al cardias, e tumefà tutto l'organo sino al piloro ch'è ridotto assai nel suo calibro.

Constato immediatamente che, mentre la stenosi pilorica impone di aprire un varco ai materiali raccolti nello stomaco, l'infiltrazione neoplastica, attaccando tutto il viscere in avanti in basso e all'indietro, non permette assolutamente di praticare una gastroenteroanastomosi.

L'ammalata è in condizioni discrete, lo stomaco sebbene di volume considerevole, è mobile, isolabile: nel fegato non riscontrasi alcun nodo canceroso, le ghiandole linfatiche vicine sono ingrossate, ma lontanamente non avvertesi alcuna controindicazione all'ablazione completa del viscere, e decido per quest'atto operativo.

Appena sotto il piloro isolo la parte alta del duodeno e, applicate delle pinze chiudenti il lume intestinale da una parte, lo stomaco dall'altra, incido completamente l'intestino. Proteggo il cavo peritoneale con garza bollita e tenuta riscaldata ed ho cura che nulla si versi nell'addome. Suture immediatamente il duodeno con doppio strato di sutura muscolo-sieroso il primo, siero-sieroso il secondo ed abbandono questo viscere.

Stiro poi all'esterno lo stomaco e, sempre avendo cura che i materiali dello stesso non si versino nel peritoneo, isolo l'organo incidendo a piccoli tratti, legando e lacerando il grande ed il piccolo epiploon, lasciando aderente al tumore buona parte di queste ripiegature peritoneali contenenti delle ghiandole iperplastiche. Procedendo così riesco a portar fuori dalle pareti addominali incise tutto lo stomaco. Giunto a questo punto dell'atto operativo, mentre era mio intendimento di esportare tutto lo stomaco in totalità constatato, che la parte alta della grande convessità dello stomaco era in perfetto stato, pensai di lasciare in posto una piccola parte del viscere incidendolo nel modo che è segnato nella figura schematica che unisco (v. fig. 2 pag. 10)

Incisi cioè lo stomaco con una linea *c* parallela all'asse dell'esofago e con un'altra linea *d* perpendicolare alla prima,

e ripetei le stesse incisioni sul viscere posteriormente, in modo da lasciare in sito una piccola quantità di stomaco sufficiente a formare come un canale posto a prolungare l'esofago per quattro o cinque centimetri.

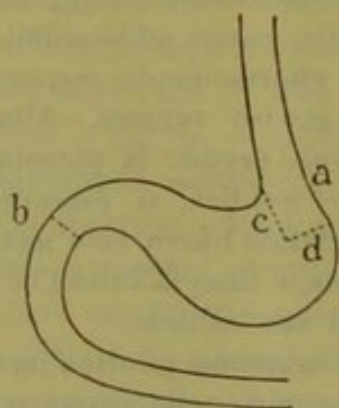


Fig. 2

Delle pinze emostatiche applicate all'a piccola curvatura verso il cardias lasciarono due volte la presa e si ebbe una discreta perdita di sangue. Misi ogni cura che tutto il contenuto dello stomaco si versasse all'esterno, ed a questa manovra giovò assai la piccola incisione praticata nelle pareti addominali.

Suturai con triplice strato di sutura il moncone formato dalle incisioni fatto nello stomaco, ed ebbi veramente un piccolo canale continuantesi coll'esofago.

A questo punto dell'atto operativo lo stato generale dell'ammalata ci parve minaccioso e si dovette ricorrere all'ipodermoclisi ed alle iniezioni di caffeina ed olio canforato: ma per lo stato veramente eccezionale di depauperamento dell'organismo compresi che l'insistere pel momento nella continuazione dell'atto operativo sarebbe stato un esporsi ad un certo insuccesso, e, zaffato con garza iodoformica il canale neoformato fin dentro l'esofago, lo stirai all'esterno e lo fissai con un grosso filo di seta alle pareti addominali.

Zaffai poi ampiamente la cavità addominale e rimisi al giorno dopo la continuazione dell'atto operativo.

Si rimediò medicalmente alle condizioni disastrose dell'ammalata e il giorno dopo procedetti alla continuazione dell'operazione in narcosi sonnoformica.

Sollevai la solita ansa alta del digiuno e la portai in alto come per la gastroenteroanastomosi passando innanzi al colon trasverso, incisi quest'ansa per cinque centimetri circa parallelamente al suo asse e poi iniziai una sutura di questa apertura (d) al moncone (v. fig. 3) preparato il giorno prima. La sutura fu applicata a tre strati, come io applico invariabilmente nelle suture intestinali.

Iniziai la sutura posteriormente con un mezzo giro di punti alla Lembert, con un secondo mezzo giro sieromuscolare,

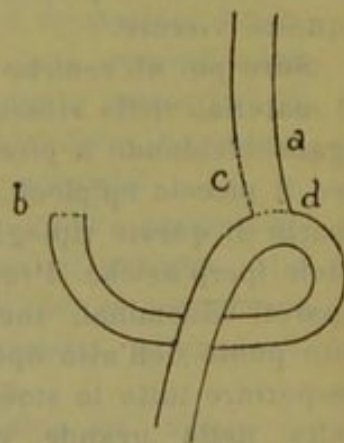


Fig. 3

con un altro mucoso. Completai poi all'innanzi la sutura circolare con altri strati di sutura affatto simili ai precedenti, applicati però in ordine inverso, prima il muco-mucoso, poi il siero-muscolare, ultimo il siero-sieroso.

Fatta un'accurata pulizia del cavo peritoneale ed assicurati d'una emostasi perfetta affondai il viscere nuovamente formato, suturando poi completamente colle solite norme la cavità.

*
* *

Come si vede io non praticai la sutura solita di questi casi, e consigliata anche da qualche chirurgo per la gastroentero-anastomosi.

Tutti i chirurghi hanno praticata la sutura del digiuno all'esofago o alla piccola parte anulare di stomaco conservata nella seguente maniera (v. fig. 4). Reciso

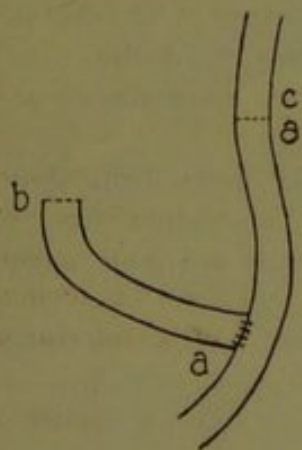


Fig. 4

(a a) il digiuno appena passato il duodeno, l'hanno portato in alto, passando davanti o dietro al colon, ed hanno suturato l'intestino all'esofago (a b) mettendo gli assi dell'uno e dell'altro viscere nella stessa linea, e poi hanno con una anastomosi laterale anastomizzato il duodeno reciso nel punto a al digiuno più in basso in un punto d. Evidentemente questo

modo di suturare facilita la riunione in alto del digiuno coll'esofago e d'altra parte rende più facile il deflusso della bile e del succo pancreatico dentro all'intestino.

Kelling di Dresda come abbiamo visto pratica una sutura assai complicata (fig. 1) nell'intento precipuo di poter subito nutrire i suoi ammalati. Ma i risultati del suo atto operativo non sono per ora incoraggianti.

Io dovetti, per le gravi condizioni della mia ammalata studiarli di far presto, anche perchè era sconsigliabile di ricorrere alla narcosi cloroformica nel secondo tempo dell'atto operativo, e allora pensai di fissare senz'altro al piccolo tratto di canale formato con una parte dei tessuti stomacali vicini al cardias l'ansa del digiuno portata in alto al davanti del colon, in modo che l'asse del di-

giuno suturato si trovò ad essere in posizione pressochè perpendicolare a quello dell' esofago.

Nè credo che questo metodo sia da sconsigliarsi. Oltre ad abbreviare notevolmente l'atto operativo, è certo che il lieve ostacolo che incontrerà il cibo per passare nell' esofago e dal piccolo canale sottostante dentro all' intestino, favorirà la dilatazione del canale perpendicolare e l'iperplasia ghiandolare della mucosa gastrica esistente con evidente vantaggio della digestione dei cibi.

*
* *

L'operata non ebbe alcun rialzo di temperatura, avvertì ben tosto un senso di benessere e in terza giornata fu nutrita con qualche tuorlo d' uovo e marsala.

In nona giornata si levarono i punti di sutura e si constatò che non tutta la parete addominale era adesa. In decima giornata si ebbero fenomeni di collasso, che si mantennero per parecchi giorni.

Si dovette procedere alla sutura parziale della ferita dopo cruentazione delle pareti addominali. L'ammalata non si riebbe che quando si poterono provocare delle scariche alvine copiose.

Si iniziò allora una nutrizione abbondante anche dal retto con brodo, vino, uova e pepsina : si praticarono con successo delle iniezioni di lecitina.

Al 10 di febbraio si levarono tutti i punti e da qualcuno esce un po' di pus.

Al 17 l'operata sta assai meglio : perde sempre un po' di pus dai tragitti dei fili di sutura. Si continua la nutrizione per bocca e per il retto : si continuano anche le iniezioni.

L'operata pesa kilogr. 37.50 ed è aumentata di kilogr. 2.50.

Alla fine di marzo pratico un'altra limitata cruentazione dei seni fistolosi e suture le ferite : l'operata pesa kilogr. 38.30. Non ha più dolori e il suo aspetto ha molto migliorato.

Si sospendono le iniezioni di lecitina e si praticano iniezioni di arseniato di ferro con stricnina.

L'ammalata andò continuamente rimettendosi nel generale e si chiusero anche i piccoli seni fistolosi. Ha senso di vero appetito e nessun dolore : alvo regolare.

Pesata il 22-4-1905 giorno dell'uscita dall'Ospedale pesava kilogr. 39.

Ebbi di lei notizie recenti, quattro mesi dopo l'atto operativo e posso dire che l'Abate Maria si considera perfettamente guarita.

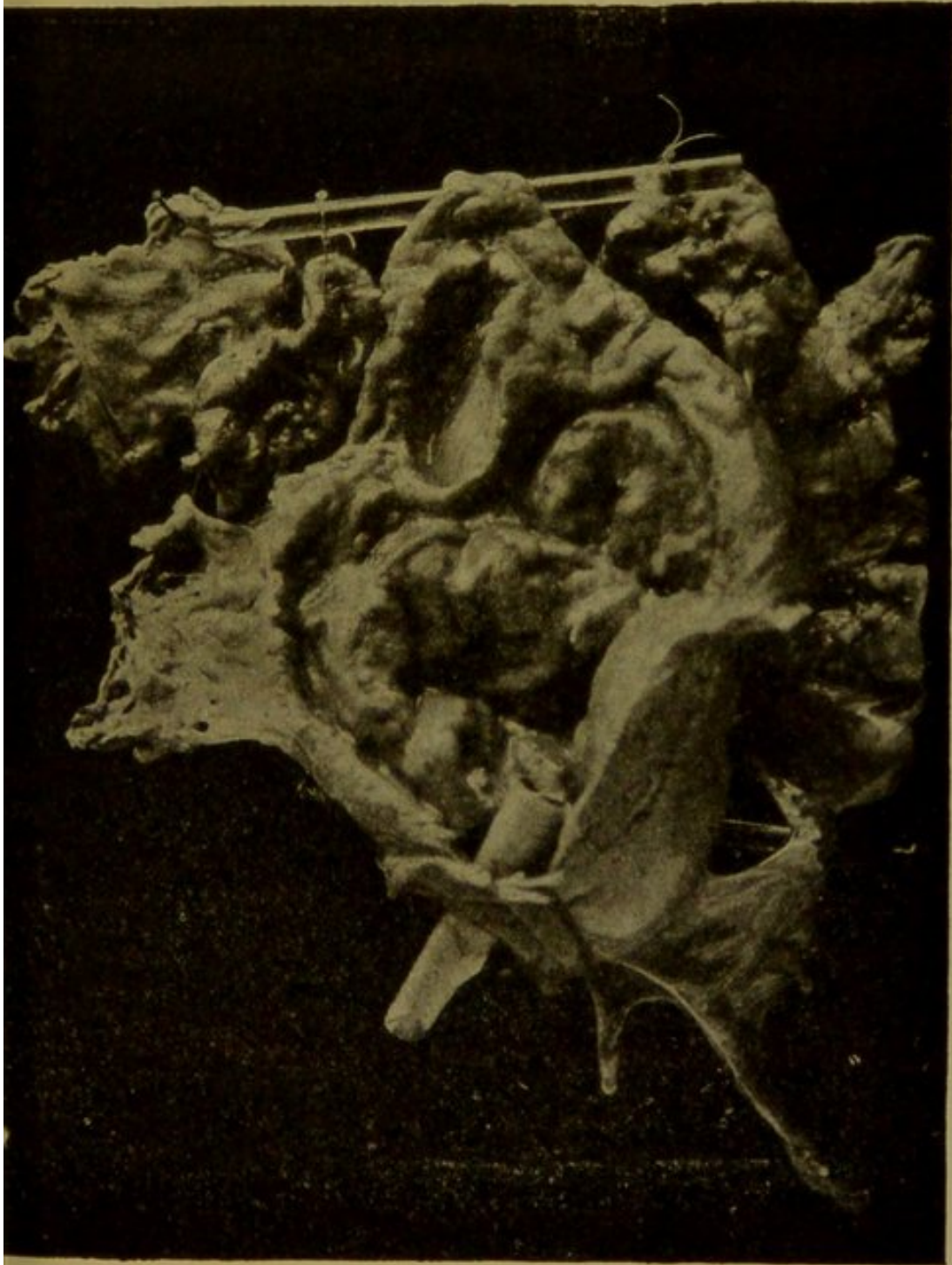


Fig. 5

*
* *

La fig. 5 (pag. 13) rappresenta alla proporzione di circa 1½ lo stomaco esportato. Il viscere venne aperto sul davanti appena al disopra e parallelamente alla grande curvatura: si lasciò intatta l'apertura pilorica ed in essa si introdusse un tubetto di legno per mostrarne il lume stenosato. Il tumore, cancro ghiandolare molle, occupa pressochè tutta la cavità dello stomaco lasciandone soltanto libera una piccola striscia anteriormente e una porzione vicino al cardias, quella che conservai nell'atto operativo. Il tumore aveva avuto il suo inizio sulla parete posteriore dello stomaco il quale ha parecchi centimetri di spessore e presenta tre vaste ulcerazioni crateriformi distinguibili evidentemente dalla incisione.

Il piccolo epiploon e parte del grande sono aderenti al pezzo anatomico conservato (1), e contengono numerose glandole iperplasiche.

Il dott. De Pasi Francesco mi scriveva da Porlezza il 15-6-1905, cinque mesi dopo l'atto operativo:

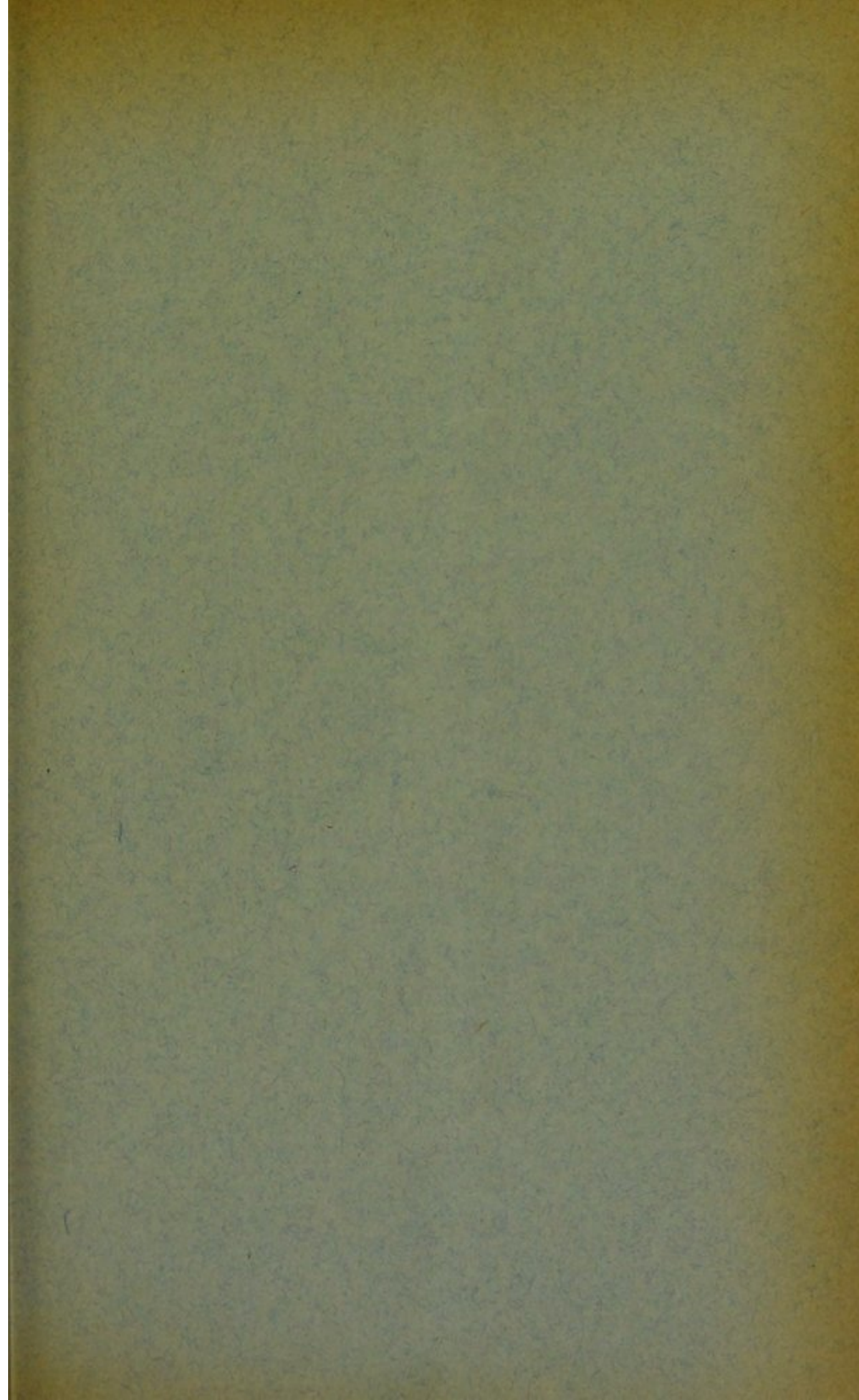
« L'ammalata si è abbastanza rimessa ed acquista assai in salute; mangia e digerisce discretamente e va rimettendosi abbastanza bene in modo da lasciar sperare in una completa guarigione. A tutt'oggi il male non ha dato luogo ad alcuna riproduzione e si spera che non avverrà neppure in seguito ».

Giugno, 1905.

(1) L'amico dott. Lotteri conservò il pezzo col liquido da lui preparato.

Bibliografia

- Manzoni. — Tre casi di chirurgia addominale.
- Strümpell. — Trattato di patologia speciale medica (con note chirurgiche del prof. A. Ceccherelli), 1905.
- Atti del Congresso Internazionale di Medicina di Madrid, 1903.
- Robert Kolle. — Le cancer de l'estomac et son traitement chirurgical.
- Guinard. — Cancer de l'estomac (gastrectomie, gastro-entérostomie, opérations diverses).
- Ferrier et Hartmann. — Chirurgie de l'estomac.
- Ehrlich Fr. — Diät nach Magen — und Darmoperationen. — *Münch. med. Woch.*, n. 14, 1904.
- Maragliano Dario. — Klinische und pathologisch anatomische Erfahrungen aus dem Gebiete der Magen Chirurgie. — *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, Bd. 41, Heft 3, 1904.
- Goepel. — Demonstrationen zur Magen Chirurgie. — *Medizinische Gesellschaft zu Leipzig*, seduta del 21-VI-1904.
- Exner. — Bericht über die Magenoperationen der letzten fünf Jahre an der Klinik Gussenbauer. (Wien). — *Zeitschrift f. die Heilkunde*, Bd. 25, Heft 6.
- Schlatter. — Ein Fall gelungener Totalexstirpation des Magens. — *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, 1897.
- Kelling G. — Zur Resection des carcinomatösen Magens. — *Archiv f. klinische Chirurgie*, Bd. 75, Heft 2, 1904.
- Nordmann. — Zur Chirurgie der Magengeschwülste (Carcinom, Sarkom, Tuberkulose). — *Archiv f. klinische Chirurgie*, Bd. 73, Heft 2-4, 1904.
- Ulmann. — *Münch. med. Woch.*, n. 45.
- Moynihan. — Die Frage der Operation beim Magenkrebs. — *Münch. med. Woch.*, n. 18, 1904.
- Moynihan. — On total exstirpation of the stomach; with a record of an unsuccessful case. — *British Medical Journal*, 5-XII-1903.
- Kocher M. — Résultats définitifs de l'excision de l'estomac. — *Congrès Français de Chirurgie*, 17-12-X-1904.
-



ALTRE PUBBLICAZIONI DELL' AUTORE

1. *Sulle fratture del collo femorale* — Tesi di laurea.
 2. *Estirpazione di due grossi tumori al collo.*
 3. *Un caso di spina bifida.*
 4. *Resezione intestinale per ernia crurale gangrenata.*
 5. *Un secondo caso di resezione intestinale.*
 6. *Esito di resezione del cubito.*
 7. *Un caso di rottura e un caso di stiramento del legamento rotulo tibiale destro.*
 8. *Il raddrizzamento forzato per la cura del ginocchio valgo.*
 9. *Note chirurgiche.*
 10. *L' enteretomia per la cura delle occlusioni intestinali.*
 11. *L' iperemia venosa.*
-