

TURRETTA

FERITA DA PUNTA E TAGLIO

NELL'OTTAVO SPAZIO INTERCOSTALE SINISTRO

INTERESSANTE

IL POLMONE, IL DIAFRAMMA, LO STOMACO

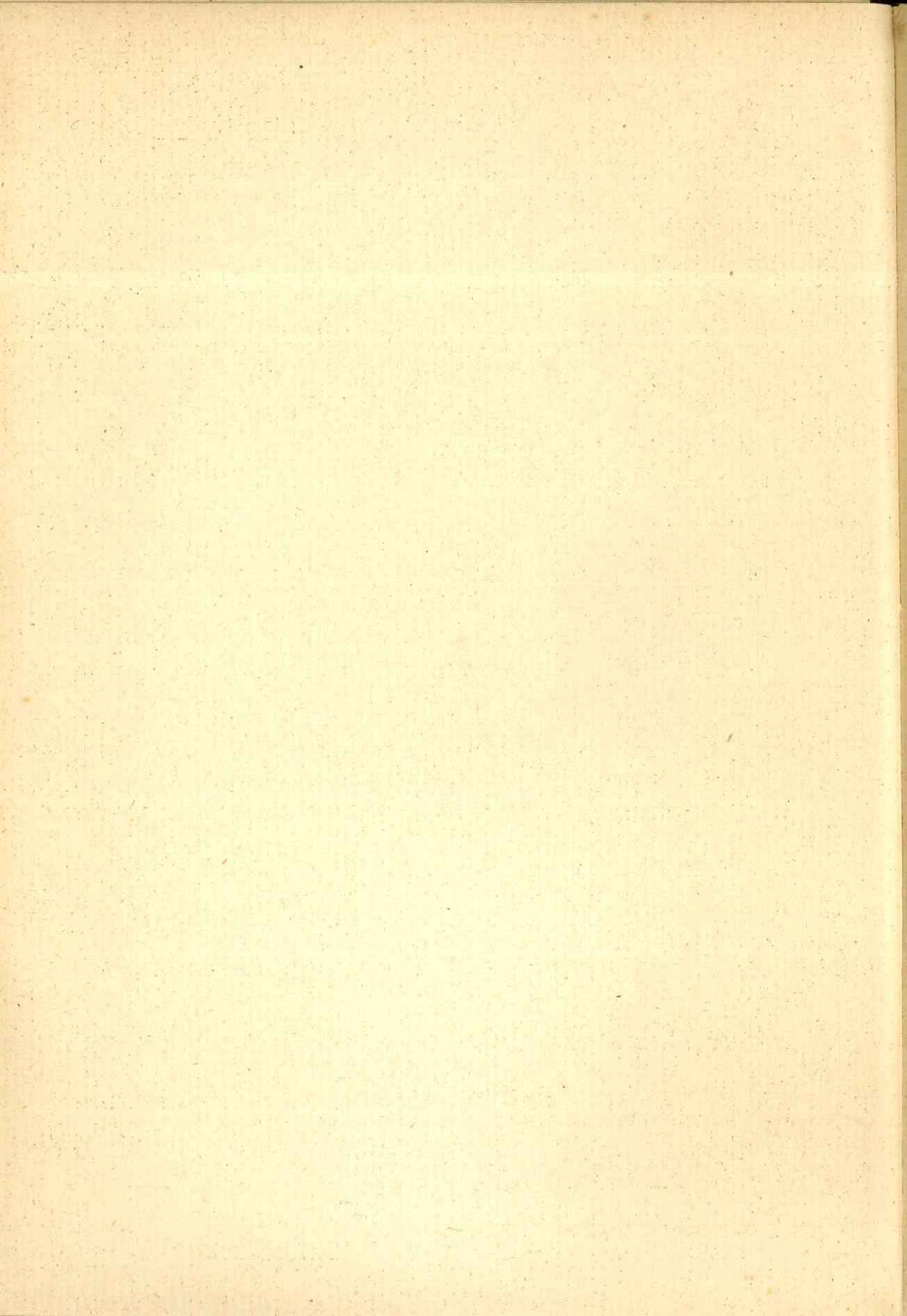
FERITA DA RIVOLTELLA

DELLA VENA CAVA INFERIORE

(Estratto dagli Atti della Società Italiana di Chirurgia)

ROMA
TIPOGRAFIA INNOCENZO ARTERO
Piazza Montecitorio, 124

1896





FERITA DA PUNTA E TAGLIO NELL'OTTAVO SPAZIO INTERCOSTALE SINISTRO, INTERESSANTE IL POLMONE, IL DIAFRAMMA, LO STOMACO. — VERSAMENTO DI MATERIALI INGESTI NEL CAVO PLEURICO. — RESEZIONE DELLA NONA COSTOLA PER LA SUTURA DELLE TRE LESIONI DI CONTINUO. — LAPAROTOMIA PER IL LAVAGGIO ADDOMINALE. — GUARIGIONE.

Un operaio, (R. Girolamo di anni 30) riceve nelle prime ore della notte del 19 giugno 1893, una ferita con un coltellaccio da tasca, nell'ottavo spazio intercostale, linea ascellare media di sinistra.

Dalla ferita, lunga 3 centimetri, vien fuori, ad ogni tratto respiratorio, un getto di aria e una notevole quantità di pezzetti di maccheroni, di cui l'infermo aveva fatto abbondante pasto qualche ora innanzi; moltissimi di questi materiali si trovano depositati nella parte della camicia che corrisponde all'ascella.

Evidentemente l'arma feritrice, penetrando con direzione obliqua dall'alto al basso, da dietro in avanti, e da sinistra a destra, aveva interessato il polmone, il diaframma e lo stomaco.

Cloroformizzato il ferito, molto gracile di costituzione ed anemico, e prolungata la ferita con una doppia incisione indietro e in avanti, si mette a nudo la nona costola, e se ne reseca un tratto lungo 8 centimetri.

Aperta così largamente la pleura, si vede il lembo polmonare reciso in tutto lo spessore per sette mm. circa, e la ferita del diaframma distante un cm. da' suoi attacchi con le costole e quasi parallela a queste, lunga quanto la ferita esterna. Di tratto in tratto, e sotto gli sforzi del vomito, continuano a venir fuori da questa ferita diaframmatica delle materie alimentari, ovvero essa ferita resta per un istante zaffata dalla ripiegatura gastroplenica.

Introdotta una pinza nell'addome, viene, con la guida del dito, afferrato lo stomaco nel sito della lesione e tirato in alto attraverso la ferita del diaframma. La ferita dello stomaco è lunga quasi tre centimetri, e risponde alla parte alta e posteriore della grande curvatura. Se ne pratica la riunione con due ordini di sutura, muco-mucosa e muscolo sierio-sierosa, e si ricaccia il viscere nell'addome. Parimente, con doppio ordine di suture, si riunisce la ferita del diaframma. Si lava quindi e si ripulisce nel miglior modo possibile la cavità della pleura imbrattata di materie alimentari sin nella parte più alta, e si fa con sottile seta la sutura del lembo polmonare ferito. Si chiude il torace applicandovi un piccolo drenaggio.

Si apre in seguito, con una larga incisione mediana l'addome, e si fa il lavaggio di tutto il pacchetto intestinale e della cavità peritoneale con acqua sterilizzata e fenicata %.

Nessuna traccia di materie alimentari si può constatare nell'addome.

Tutte le manovre operative furono fatte in 70 minuti e, a causa delle condizioni poco buone del paziente, procedettero nell'ultimo periodo senza narcosi cloroformica.

L'alimentazione si fa nei primi tre giorni con clisteri di brodo e tuorli d'uova; in seguito per via dello stomaco, con cucchiariate di latte, di brodo e di vino Marsala.

La temperatura si mantiene a 38° nei primi sei giorni, ma la sera del settimo va a 39° e poi a 40.; sopraggiungono brividi,

dispnea e notevole ambascia. Ma non vi sono sintomi riferibile all'addome.

Al secondo giorno s'era tolto il drenaggio della pleura ; la cicatrice del torace è divenuta prominente e vi si percepisce un senso di fluttuazione : si distacca per un tratto il tessuto recente, e si dà esito così ad un materiale nerastro fetidissimo. Applicato di nuovo un doppio drenaggio, si pratica per molti giorni il lavaggio biquotidiano della pleura.

L'operato venne dimesso guarito due mesi dopo il ferimento, 27 agosto 1893, ed è tuttora in buona salute.

Il caso mi sembra degno di ricordo perchè trattasi di una lesione molto complessa e piuttosto rara.

Le ferite del diaframma presentano sempre molta gravità, e il loro trattamento è stato oggetto di opinioni disparate. Si discute tuttora della convenienza o meno di resecare definitivamente una o più costole (Horoch), o pure di adottare la resezione temporanea formando un gran lembo (Rydygier). Dichiaro che la resezione di una sola costola mi ha fornito uno spazio più che sufficiente, non solo per eseguire la sutura del diaframma, ma ben anco per manovrare attraverso questa ferita nell'addome, tirare in alto la porzione lesa dello stomaco e suturarla.

Quest'ultima pratica, di fare cioè la sutura della ferita dello stomaco al difuori della cavità del peritoneo, mi riesci piuttosto agevole, e ritengo che, in casi consimili, sia da preferire a qualsiasi altro processo operativo che apra largamente l'addome mettendo in ampia comunicazione una cavità sicuramente infetta con una altra che potrebbe — come sembra nel caso in ispecie — non aver subito alcun contatto con materiali provenienti dall'interno del viscere. Dico questo perchè mi sembra che, secondo ogni fondata presunzione, nessuna parte del contenuto dello stomaco sia caduta nel peritoneo, e che il vuotamento di questo viscere sia avvenuto totalmente nella cavità della pleura, quella che più gli era vicina nel momento in cui venne squarciato ; e a ciò avrà contribuito lo stato di ripienezza e di distensione forzata in cui si trovava. Certa cosa è che, fatta la laparotomia e portati fuori dell'addome tutti gli intesti-

ni, esplorata e ripulita diligentemente con le spugne la parte alta dell'addome, nessuna benchè piccola quantità di materia alimentare fu dato di constatare a vista d'occhio, e nel decorso ulteriore non vi furono sintomi riferibili ad una infezione peritoneale; e il merito della mancata infezione non può attribuirsi con sicurezza alla pulitura e al lavaggio addominale, perchè una tal pratica, date le condizioni anatomiche della località, non offre assoluta garanzia contro una infezione settica proveniente da quel materiale.

FERITA DA RIVOLTELLA
DELLA VENA CAVA INFERIORE

Uno studente dell'età di anni 18 — Tedesco Antonio — si esplose volontariamente un colpo di rivoltella all'addome, il 7 agosto 1895.

Viene subito portato all'Ospedale. Si constata il foro d'entrata un centimetro in sopra del bordo costale destro, linea mammillare ; nessuna emorragia dalla ferita ; sensibilità dolorosa diffusa a tutto l'addome, più marcata in corrispondenza della ferita esterna e della fossa iliaca destra ; timpanismo generale, nessun conato di vomito ; polso un po' vuoto, ma non frequente — 74 battute al minuto. Ansietà poco marcata : l'ammalato domanda, con qualche insistenza, se il suo stato sia grave. Le urine sono conservate.

Si pensò ad una emorragia interna, comunque non gravissima, accompagnata da lesione intestinale, e dopo qualche ora si procedette alla laparotomia. Una grande incisione mediana, dalla xifoide sin presso il pube. Vien fuori una quantità notevole di sangue in parte aggrumito. Si constata subito che il fegato è intatto ; nessuna traccia di contenuto intestinale nel peritoneo. Non si rinviene a tutta prima la causa della emorragia, che sembra sopita ; si notano due piccole suggellazioni superficiali in un'ansa del tenue. Si porta fuori tutto il pacchetto intestinale, rovesciandolo, avvolto in un salvietto, sul lato sinistro della parete addominale. Un enorme grumo sanguigno tappezza il lato destro del bacino e parte della loggia

lombo-vertebrale. Rimosso questo, si vede il peritoneo rialzato da grumi sottostanti e perforato dal proiettile, in corrispondenza della quarta vertebra lombare. Da questo foro, appena rimosso il grumo, vien fuori il sangue a gran fiotto. Si isolano rapidamente i grossi vasi: il proiettile, da 7 mm., aveva attraversato la vena cava inferiore nel suo maggiore diametro, 8 mm. in sopra della biforcazione, ed era andato a conficcarsi profondamente nel corpo della vertebra sottostante. Si lega subito il vaso in alto, ma la compressione esercitata in basso non riesce ad arrestare l'emorragia, e l'isolamento delle vene iliache comuni riesce, in quelle condizioni, difficile, per il fatto anatomico che le due arterie iliache primitive si addossano a quelle e quasi le incrociano, qualche centimetro più in basso. — Si passano due lacci e si stringono, con un nodo provvisorio, arterie e vene. In tal guisa, arrestata l'uscita del sangue, si ha modo d'isolare le due vene e di legarle separatamente, togliendo il nodo provvisorio.

Tutto ciò procedette quanto più rapidamente possibile, ma in mezzo a difficoltà non lievi, anco perchè l'infermo, a cui nell'ultimo periodo operatorio non potè somministrarsi molto cloroformio, si dibatteva fortemente, in preda a grande agitazione.

Sulle due piccole suggellazioni intestinali si ripiegò il peritoneo e si passarono alcuni punti alla Lambert.

Fatta quindi la ripulitura del cavo addominale e di tutti gli intestini, che si ebbe cura di tenere sempre avviluppati in panni caldi, si richiuse l'addome.

L'infermo cadde in collasso e morì dopo circa mezz'ora, ad onta delle trasfusioni di siero artificiale, della faradizzazione del vago e di tutti i mezzi che in simili casi sogliono adoperarsi.

Ho voluto ricordare questo caso per due considerazioni. Anzitutto perchè esso prova come si possa rimanere in vita per una durata di cinque ore circa, quante ne intercorsero dal ferimento alla morte, con una ferita passante da proiettile, della vena cava inferiore; e ciò si spiega quando si consideri che il peritoneo in quella regione è molto più spesso che altrove, e molto scorrevole perchè

provvisto di un tessuto adiposo abbondante e losco : il che dà ragione della facilità con la quale il sangue potè spandersi in questo tessuto e costituire un grumo che arrestò temporaneamente la totale perdita di sangue.

Casi di rottura della cava ascendente sono stati segnalati da Morgagni, da Volpeau, da Baurguignon, da Netter, riconosciuti tutti al tavolo anatomico e causati da forti traumi contudenti all'addome o da caduta da altezza rilevante, e si capisce come il sangue, proveniente da una piccola lacerazione alla parete venosa, abbia potuto gradatamente spandersi nel cellulare sottoperitoneale e costituire un temporaneo ostacolo al vuotamento completo da permettere la vita per molte ore ed anche per parecchi giorni (Netter). Il fatto di una ferita passante da proiettile, costituisce, secondo me, qualcosa di diverso.

Sembrami inoltre che questo esempio venga a dimostrare una volta di più, quanto sia incerto il diagnostico delle lesioni interne nei casi di ferita penetrante nell'addome, specie in quelle per proiettile ; e come siano causa di errore, perchè molto variabili i segni, ritenuti da alcuni, caratteristici per giudicare della opportunità o necessità dell'intervento ; confermando il principio che in fatto di ferite penetranti, in ispecie per arma da fuoco, bisogna astenersi da qualsiasi teoria, e consultare i fatti in particolare, intervenendo appena vi sia il dubbio o la presunzione di una lesione qualsiasi.
