

Documento n. 9

**“Su di in caso di ernia diaframmatica”**

# LA CLINICA CHIRURGICA

PERIODICO MENSILE

Diretto dai Professori

**E. BOTTINI**

Direttore della Clinica Operativa  
nella R. Università di Pavia.

**I. TANSINI**

Direttore della Clinica Operativa  
nella R. Università di Palermo.

Redatto dal Dott. P. JEMOLI

Prof. pareggiato di Medicina operativa presso la R. Università di Pavia

*Il giornale esce alla fine di ogni mese.*

Abbonamento annuo:

per l'Italia . . . . . L. 15 —  
per l'Estero . . . . . » 20 —

Per gli abbonamenti rivolgersi alla Casa  
Editrice Dott. FRANCESCO VALLARDI,  
48, Corso Magenta. Milano.

SOMMARIO: *P. Farinato*: Su di un caso di ernia diaframmatica. Operazione-guarigione — *A. Ajello*:  
Sulle alterazioni organiche dipendenti dalla narcosi cloroformica. Ricerche cliniche ed ana-  
tomiche — R'viste.

## MEMORIE

### SU DI UN CASO DI ERNIA DIAFRAMMATICA OPERAZIONE - GUARIGIONE

PEL

**Dott. FARINATO PIETRO**

medico condotto

Pubblico il seguente caso occorso nella mia pratica, dopo un anno e 11 mesi dalla data dell'operazione; e lo pubblico tanto più volentieri, inquantochè ne ho potuto osservare con agio l'esito prossimo e alquanto lontano. Credo anche il caso in parola non privo d'interesse, per la ragione che, se dal 4 marzo 1889 (1) fino ad oggi sono state praticate poco più di 3 decine di operazioni per ferite del diaframma semplici o complicate da ernie, o ferite dei visceri addominali e to-

(1) In detto giorno il Postempsky, pel primo, fece la sutura del diaframma attraverso il torace.

racici, queste operazioni sono state *tutte* eseguite nell'uomo *immediatamente* dopo avvenuta la lesione, e mai, ch'io sappia, dopo un tempo più o meno lungo, quando già la ferita delle parti esterne era interamente cicatrizzata (1).

Fazzi Filippo di anni 25, contadino proprietario da Castrogiovanni (Caltanissetta), di robustissima costituzione e senza alcun precedente degno di nota, il 6 luglio 1892, trovandosi in campagna ad accudire alla trebbiatura del grano, sorto un diverbio col suo garzone, uomo sulla trentina, questi gli vibrava un colpo di coltello in corrispondenza del 7.° spazio intercostale sinistro, lungo la linea ascellare media. Raccolto subito il ferito e fasciata la parte con un semplice fazzoletto, fu trasportato su di un mulo al paese, ove giunse nelle ore pomeridiane dello stesso giorno.

Chiamato in fretta a visitarlo, trovai nella località accennata una ferita da punta e taglio lunga circa 3 cm., e da cui fuoriusciva un tratto di epiploon lungo 6 cm. Nessuna emorragia; leggiera dispnea; erano considerevolmente limitati i movimenti respiratori sul torace sinistro; il murmure respiratorio era scomparso in basso, a sinistra; il suono di percussione era normale in alto, timpanico in basso; il fremito vocale era esagerato in alto, nullo in basso. Il cuore non era spostato; i suoi toni normali.

L'essere la ferita in quella località era indizio che il cavo pleurale sinistro era stato aperto; ma la contemporanea presenza dell'epiploon costituiva un segno patognomonico che il diaframma era stato anch'esso interessato.

Quest'ultima considerazione, lo confesso, mi sconcertò non poco; d'altra parte l'ora un po' tarda, la mancanza di aiuti e del tempo necessario ai preparativi per un'operazione sul diaframma e le condizioni dell'ambiente poco favorevoli; d'altro canto lo stato generale dell'infermo per nulla allarmante, mi determinarono *a priori* a seguire una linea di condotta il cui scopo era quello di garantire dall'infezione la ferita esterna e di scongiurare, per quanto era possibile, gravi complicazioni nell'interno.

---

(1) Circa il numero dei casi di ferita del diaframma sinera operati, so che il Postempsky, all'ultimo Congresso internazionale di Medicina (Roma 1894) disse che erano 27 tutti quelli operati nei vari ospedali di Roma da chirurghi scstituiti (Postempsky, Manara, Ricolfi, De Nicola, Spinedi, Topai e Caucci, Bertini e Sarayva, Marchianò, Amante; Armenta, Parlavecchio, Garofalo, Rossini, Ballerini, Impallemeni, Monin); a questi aggiungendo i 2 casi di v. Frey (Graz) e di Severeanu (Parigi), i 3 casi del Ninni (Napoli), e i 2 casi di Sorge (Napoli) e di Sorrentino (Napoli), menzionati dal Ninni, si ha un totale di 34 (V. *Riforma Medica*, A. 1889-90-91-92-93 e 94).

Ciò posto, disinfettai colla massima cura mediante lavacri al sublimato (soluzione all'1‰), tutta la cute circostante alla ferita, la ferita stessa ed il pezzo di epiploon procidente; indi, dopo averlo largamente ricoperto di jodoformio in polvere sottilissima, lo ridussi dentro la cavità pleurale. Ridotto l'epiploon, esaminai con più comodità la ferita dello spazio intercostale, e trovai che la sua direzione era da dietro in avanti e dal basso in alto. Nei movimenti respiratori lasciava entrare ed uscire liberamente l'aria; e l'aria che usciva durante l'espiazione, *fiutata attentamente*, non lasciava avvertire alcun odore di contenuto dello stomaco o degl'intestini. Nessun gemizio di sangue. Per la strettezza dello spazio intercostale, non mi fu possibile esplorare col dito la faccia superiore del diaframma. Previa altra disinfezione della ferita, riunii i margini di questa mediante tre punti di sutura, e vi applicai sopra una medicatura tipica alla Lister. Indi situai l'infermo a letto in posizione semi-eretta colle cosce flesse sull'addome, e gl'ingiunsi il più completo riposo. Non credetti necessario applicare sulla fasciatura la vescica di ghiaccio.

L'infermo, non avendo sofferto la benchè menoma elevazione termica, ma solo qualche leggiero dolore al disotto della mammella e della scapola sinistra, a capo di dieci giorni fu in condizione di lasciare il letto, e, al tredicesimo giorno, di andare in campagna a sorvegliare il raccolto del frumento. L'esame del petto, praticato al decimo giorno dal ferimento, faceva constatare la sparizione completa del pneumotorace, assenza di versamento pleurale, il mormorio vescicolare appena appena indebolito. Raccomandai positivamente al Fazzi di astenersi da ogni eccesso nel mangiare e garantirsi dal freddo e dall'umidità, per non andare incontro a tosse; ma soprattutto gli raccomandai di evitare gli sforzi muscolari. Mi astenni dal dirgli la ragione intima di queste raccomandazioni, perchè sarei stato certo di non essere compreso: infatti, è facile essere capito finchè si tratta d'individui affetti dalle comuni ernie inguinali, crurali ed ombelicali, ernie che l'individuo stesso può vedere e toccare, e controllare gli effetti degli sforzi e delle indigestioni sulle medesime; ma quando si tratta di ernie diaframmatiche, che nè si vedono, nè si toccano, allora non è possibile che un individuo, sfornito di cognizioni anatomiche, intenda il vero significato della cosa ed il pericolo della propria situazione.

Cinque o sei mesi dopo l'accaduto, il Fazzi soffersse un leggiero attacco di reumatismo articolare acuto, da cui si liberò in sette giorni mediante l'uso del salicilato di sodio. Anche in questa occasione, ascoltando il cuore, non mancai di esaminare il torace, constatando in tutte e due le cavità pleurali il più perfetto stato fisiologico.

Intanto il Fazzi continuava sempre ad accudire ai lavori di campagna, non risparmiando gli sforzi muscolari: cavalcava di un salto da terra sulle vetture, sollevava pesi considerevoli, spesso mangiava cibi di difficile digestione, e mai si lamentava di alcuna sofferenza. Ciò fino al giorno 24 aprile 1893.

Ora incominciano le dolenti note.

La notte del 25 al 26 aprile, cioè 10 mesi circa dopo il ferimento, il Fazzi, trovandosi in campagna, fu colto d'improvviso da forti dolori di ventre, con voglia incessante di vomitare e d'andar di corpo, ma senza poter fare nè l'uno, nè l'altro. I rimedi famigliari, allora apprestati, acqua calda con semi di finocchio, panni caldi e bagnature calde sul ventre, non avendo sortito alcun effetto, si decise a ritornare in paese, ove, appena giunto, fu messo a letto e prese altra acqua di finocchio, ma senza risultato. I dolori all'addome erano così veementi, che l'ammalato si contorceva sul suo letto, sembrandogli che i suoi intestini si lacerassero.

Chiamato la stessa mattina a prestargli le mie cure, trovai l'ammalato in preda a forti dolori colici, il viso pallido, il naso affilato. Mi disse, che la sera del giorno precedente aveva fatto una scorpacciata di cibi indigesti, fra cui delle lenticchie, della ricotta, ecc., e che la sera gli era venuta la colica (1).

Esaminato in fretta l'ammalato, trovo che l'addome si presentava di forma e volume normale. Il dolore era risentito nella regione del colon trasverso, e si estendeva all'ipocondrio sinistro e lungo la prima porzione del colon discendente. La palpazione non faceva percepire in tutto l'ambito addominale alcuna resistenza, e sotto di essa il dolore nè si accresceva nè si risvegliava. Il ventre sempre chiuso, solo qualche eruttazione, ma nessuna emissione di flati dall'ano. Nessun disturbo funzionale per parte di tutti gli altri organi ed apparecchi. Febbre assente.

Ordino subito dieta assoluta e limitazione delle bevande, un abbondante clistere oleoso coll'enteroclistima e pillole di idroclorato di morfina ed estratto di belladonna (ana 1 centigr.), una ogni 2 ore.

Il clistere venne emesso con poche materie fecali di consistenza normale. Il dolore si calmò considerevolmente, e l'individuo poté riposare tutto il giorno e porzione della seguente notte.

Ma il mattino le cose peggiorarono. Visitando l'infermo di buon'ora, lo trovai in condizioni più gravi del giorno precedente: apirettico, lingua discretamente umida, fisionomia sofferente, volto aggrinzito, alvo

---

(1) Seppi più tardi che 3-4-5 giorni indietro, il Fazzi aveva fatto grandi sforzi muscolari, aiutando un suo cognato ad accatastare grosso legname da costruzione.

ostinatamente chiuso, malgrado l'applicazione di due altri clisteri; dolori in tutto l'ambito addominale, ma più risentiti alla base del torace sinistro ed alla spalla omonima; non vomito; leggero meteorismo.

In quel tempo regnava in paese una vera epidemia di pleurite, con questo di caratteristico, che la prima ad essere invasa dal processo infiammatorio era la pleura diaframmatica. Molti individui che per 2-3 giorni non si lamentavano d'altro che di dolori di stomaco — come essi dicevano indicando la regione epigastrica — e di poca febbre, esaminati, si constatava un abbondante essudato pleurico, che per lo più, sottentrati i fenomeni di disturbata respirazione, si doveva evacuare colla puntura aspiratrice. Prevenuto di ciò, colla maggiore attenzione possibile riesamini il torace dell'ammalato: ma neanche questa volta mi fu dato rinvenire alcun che di anormale nè alla percussione nè all'ascoltazione. Il cuore batteva sempre colla sua punta nel sito fisiologico. Però l'ammalato non poteva decubere nè supino, nè sul lato destro, nè sul sinistro, e preferiva la posizione seduta sul letto col tronco fortemente piegato in avanti e le avambraccia posate strettamente sull'addome. Feci un'iniezione ipodermica di morfina alla dose di 2 centigrammi, ed un'altra ne ripetei a mezzogiorno, e feci applicare un ultimo clistere in attesa che si potesse almeno vincere l'ostinata costipazione.

Fino a questo punto, io non avevo potuto fare una diagnosi qualsiasi della malattia. Ciò che mi s'imponeva era il dolore nella regione occupata principalmente dal colon trasverso e dall'angolo sinistro dello stesso intestino, e la mancanza di evacuazioni ventrali. Intanto l'antica cicatrice sita nel 7.° spazio intercostale sinistro richiamava sempre la mia attenzione, ed il mio pensiero ricorreva ostinatamente alle possibili conseguenze della ferita diaframmatica, di cui quella cicatrice era testimonia di un valore tristemente importante.

Ritornai presso l'ammalato verso le 8 di sera, e trovo il quadro delle sofferenze non solo immutato, ma cresciuto: ventre sempre chiuso, dolori strazianti alla base del torace, alla regione precordiale sinistra ed alla spalla omonima; il polso, fino allora ben sostenuto, accennava a diventare depresso e più celere; assenza di vomito, non riso sardonico, nè singhiozzo; il cuore batteva colla punta nel sito normale. L'ammalato era agitatissimo e rispondeva confusamente e con impazienza alle mie domande. Per ridargli un po' di calma e per rendere ancora l'esame dell'addome e del petto più comodo, praticai una terza iniezione ipodermica di idroclorato di morfina.

Ottenuto l'effetto soporoso, riesamino il ventre ed il torace. Quello mi appare alquanto retratto nell'ipocondrio sinistro; questo alla per-

cussione non rivela nulla di anormale; ma, all'ascoltazione, mi parve sentire, a sinistra, dei rumori di glu-glu e di borborigmi intestinali, e questi rumori si estendevano fino all'angolo scapolare inferiore; inoltre essi non erano continui, ma intercedeva fra un rumore e l'altro da  $\frac{1}{4}$  a  $\frac{1}{2}$  minuto. Il cuore era a suo posto. Il mormorio vescicolare a sinistra ed in basso quasi completamente scomparso.

In quel momento feci forza a me stesso a non voler prestare fiducia a quanto percepivo col mio orecchio, e non manifestai nulla ai parenti dell'ammalato, ma promisi di ritornare più tardi.

Dopo circa due ore di calma il paziente si era destato, ed avendo chiamato suo padre, gli manifestò che sentiva *come se le budella gli gridassero dentro il petto al lato sinistro*, sensazione che non aveva mai avvertita.

Al mio ritorno alle ore 11 pom. avendo riesaminato un'ultima volta il Fazzi, trovo a sinistra del torace gli stessi fenomeni che nell'osservazione precedente ed in maniera più chiara e più spiccata: sicchè non vi era più dubbio per ammettere l'esistenza di un'*ernia intestinale, formataasi attraverso il diaframma in conseguenza della ferita riportata dal Fazzi 10 mesi addietro*.

La diagnosi era fatta. Quello che più urgeva era la cura, e questa non si poteva attuare se non per via chirurgica e subito, molto più che l'ammalato, non ostante la sua robustissima costituzione, era ridotto a mal partito. Stando così le cose, non indugiai un istante a proporre al Fazzi l'operazione. Egli l'accettò volentieri e mi pregò di eseguirla al più presto possibile.

Ottenuto l'assenso dell'ammalato, mandai subito a pregare il mio carissimo amico e collega, il dott. A. Longo, perchè l'indomani per tempo volesse recarsi in casa del Fazzi per controllare la mia diagnosi e subito porre mano all'operazione.

L'indomani (28 aprile) il dott. Longo, avendo osservato l'infermo, dichiarò essere pienamente di accordo nella mia diagnosi e proponeva si eseguisse subito l'operazione.

Alcuni giorni prima dell'accaduto, io aveva avuto la fortuna di leggere nelle colonne della *Riforma Medica* (A. 1893, vol. 2.°, pag. 146) il bel lavoro del dott. Parlavecchio sulle ferite del diaframma, lavoro accurato, dall'esposizione assai chiara e precisa, e d'indole eminentemente pratica, in cui la tecnica dell'operazione era minutamente descritta (1).

---

(1) Fa veramente penosa impressione il leggere alcuni casi di operazioni gravi o di fresco entrate nella pratica, in cui è negletta, quasi a bello studio, l'esposizione del manuale operatorio, riducendosi il tutto a sapere se l'operazione ebbe esito favorevole o triste. Di

Oltre a ciò, vi era l'esposizione circostanziata del decorso post-operativo di un caso clinico colla sua cura consecutiva. La lettura di quel lavoro, l'aver io prima praticato con buon successo alcune toracotomie con resezione di un pezzo di costola, e soprattutto, nel caso attuale, la voce del dovere di fronte ad un individuo con sintomi d'imminente pericolo di vita, e la certezza della diagnosi fatta insieme ad un valoroso collega, mi resero fiducioso abbastanza ad intervenire chirurgicamente.

I preparativi per l'operazione durarono circa due ore, e, per le condizioni della casa, furono fatti in presenza dell'ammalato. Questi aveva precedentemente ricevuto i conforti religiosi, e si mostrava contento e risoluto ad affrontare qualunque pericolo: ci sollecitava continuamente a spicciarci presto!

Espletato il preparativo degli strumenti e della medicatura nel modo più asettico ed antisettico che mi fu possibile, si fa adagiare l'infermo sul letto d'operazione con biancheria nuova e ricoperto di tela impermeabile. Si procede alla disinfezione del campo operativo ed adiacenze mediante generoso lavacro con acqua calda, sapone e spazzolo; indi strofinando la pelle con battuffoli di garza e cotone imbevuti d'acqua fenicata al 3‰ e poscia d'acqua al sublimato all'1‰.

Assistono e coadiuvano col solito amore e colla solita intelligenza l'atto operativo: il dott. Fazio per la cloroformizzazione, il dott. Longo per l'assistenza diretta, il laureando dott. Emma ed il sig. Scarlata per gli strumenti e la medicatura; e finalmente il Rev. Parroco-Priore D. Giuseppe Arangio, cui fu dato il difficile, per quanto importantissimo incarico di non fare entrare persona estranea nella stanza di operazione. Ai quali signori mi è grato porgere pubblicamente i miei più vivi ringraziamenti e l'attestato della riconoscenza da parte del Fazzi.

Nell'accingermi all'operazione, io mi proponeva seguire il processo di Rydygier modificato con giustissimi criteri dal dott. Parlavecchio; però, durante l'atto operativo, dovetti combinare in certo qual modo questo processo con quello di Postempsky.

A narcosi cloroformica completa, si adagia l'operando vicino la sponda sinistra del letto, col corpo leggermente inclinato sul fianco destro. Indi con un lapis d'anilina bleu segno il decorso del 7.º spazio intercostale sinistro, sul quale, nella linea ascellare media, esisteva la

---

simili casi può avvantaggiarsi la fama dell'operatore, ma lo studioso e l'umanità sofferente non ci guadagnano nulla. La pedanteria, se mai fu buona in qualche cosa, lo è appunto in ciò che concerne la descrizione esatta della tecnica operatoria messa in pratica nel singolo caso e l'esposizione del decorso post-operativo.



cicatrice; e sul tratto segnato dal lapis — incominciando un po' in avanti dell'articolazione condro-costale e terminando a 3 cm. indietro di detta cicatrice, arrivando precisamente alla linea ascellare posteriore — incido a mano sospesa la pelle, il tessuto sottocutaneo, l'aponeurosi ed i muscoli fino alla pleura parietale. A misura che s'incidono le parti molli, i vasi sanguinanti si afferrano colle pinze emostatiche. Dall'estremo posteriore dell'incisione ne faccio partire un'altra diretta in basso e perpendicolarmente alla direzione dell'8.<sup>a</sup>, 9.<sup>a</sup> e 10.<sup>a</sup> costola arrestandomi in corrispondenza del 10.<sup>o</sup> spazio intercostale, dividendo tutte le parti molli fino alla pleura parietale e curando la più completa emostasi. Apro il 7.<sup>o</sup> spazio intercostale incidendo la pleura, e ne vien fuori una piccola quantità di liquido limpidissimo di colorito giallo-paglia. Attraverso lo spazio intercostale aperto si scorge un buon tratto di epiploon alquanto congestionato. Lungo il taglio delle parti molli perpendicolare alle costole incido il periostio dell'8.<sup>a</sup> e 9.<sup>a</sup> di esse, e con due colpi di forbice di Liston le osteotomizzo entrambe. Stava già per passare all'osteotomia della 10.<sup>a</sup>, quando, avendo con tutta facilità arrovesciato in basso il lembo osteo-muscolo-cutaneo ottenuto, mi accorsi che il forame dell'ernia era sito molto in alto sul *versante anteriore* del diaframma. Pertanto stimai inutile incidere la 10.<sup>a</sup> costola: piuttosto pensai allargare la breccia toracica in alto (1).

A tale scopo insinuai la lama di un bistori retto tra la 7.<sup>a</sup> costola e le parti molli che la coprivano in un punto a 3 cm. in avanti della linea d'incisione della 8.<sup>a</sup> e 9.<sup>a</sup> costola, e poscia, inciso il periostio e sostituendo al bistori la forbice osteotoma, con un colpo troncai in quel punto la 7.<sup>a</sup> costola. Similmente operai sulla stessa a 10-12 cm. in avanti della prima incisione, sicchè, scontinuato, l'osso fu agevolmente portato in alto ed in avanti insieme alle parti molli, costruendo in tal modo un altro lembo osteo-muscolo-cutaneo secondo l'originario processo di Postempsky, ma, per così dire, sottocutaneamente. Allora mi fu facile, attraverso quella larga breccia, avere sott'occhio e sottomano tutta la cavità pleurica sinistra.

Prima di esaminare il contenuto di questa cavità, ebbi cura di provvedere ad arrestare mediante compressione con tamponi di garza e cotone un'emorragia a nappo (venosa) che proveniva dalle parti molli incise e che sorse appena aperta la cavità pleurale. L'emorragia in parola era dunque molto probabilmente un fenomeno dovuto ad un

(1) Qui giova ricordare che la ferita esterna prodotta dal coltello era, come dissi a suo tempo, diretta da dietro in avanti e da basso in alto: quindi sarebbe stato più giusto, al principio dell'operazione, incidere il 6.<sup>o</sup> spazio piuttosto che il 7.<sup>o</sup>

certo grado di asfissia per l'apertura di detta cavità con immediata compressione del polmone. Intanto non mi era stato possibile legare le arterie intercostali recise, le quali, del resto, come mi son convinto nelle toracotomie con resezione di un pezzo di costola, mai diedero luogo a perdita considerevole di sangue, e tale da obbligarmi a cercarle e legarle ad ogni costo.

Passato all'esame del contenuto del cavo pleurico, trovo che il polmone, libero da aderenze, è ricalcato in alto ed indietro, e ridotto appena ad un terzo del suo volume normale; il restante della cavità è occupato quasi letteralmente da alcune masse di epiploon, di cui una aderente in un punto alla pleura costale in prossimità della parte media della 10.<sup>a</sup> costola, e l'altra aderente in un punto alla pleura diaframmatica in corrispondenza della metà di una linea che dal forame dell'ernia andava a toccare la porzione laterale del torace, inoltre da un tratto considerevole del grosso intestino (colon trasverso e discendente), la cui lunghezza non era inferiore ai 40 cm. L'intestino appariva lievemente congesto, ma era così enormemente disteso da gas, che, a prima giunta, mi parve trovarmi in presenza dello stomaco.

Ultimato l'esame della cavità pleurale, passai a distaccare le aderenze contratte dall'epiploon colla pleura costale e diaframmatica, il che fu facilissimo; indi con un filo di seta fenicata n.° 3 lego a livello del forame erniario i due tratti di epiploon, e colle forbici li recido rasente il detto forame, e ne affondo con facilità i monconi dentro la cavità addominale.

Restava solo a fare la riduzione dell'intestino. A tale scopo coll'indice della mano sinistra introdotto in cavità, contornai tutto l'anello erniario, meno nel suo quarto interno, ove non potevo arrivare, impedito dalla gran massa dell'intestino e dalla lontananza di detto forame, e trovo che questo, di forma alquanto ellittica e del diametro massimo di circa  $2\frac{1}{2}$  cm., diretto dall'interno all'esterno, presentava i margini ottusi e perfettamente lisci senza alcuna traccia di ispessimento. Provando di far rientrare l'intestino senza alcuno sbrigliamento, non mi riesce. Allora introduco di nuovo nel forame erniario l'indice sinistro, e, sulla guida di questo, introduco la lama del bisturi bottonato e sbriglio l'anello da sotto in sopra e dall'interno all'esterno intaccando il diaframma per oltre 1 cm.

Fatto questo sbrigliamento, una nuova massa di colon si precipita nel cavo pleurale. Il taglio del diaframma dà pochissimo gemizio di sangue, che viene asciugato con cura mediante battuffoli di garza e cotone assicurati a lunghe piuzette emostatiche. Dopo lo sbrigliamento, cerco ridurre l'intestino, ma non ci riesco che in parte: appena un

solo istante si abbandona la pressione sull'intestino, questo scatta nella cavità pleurale come spinto da una molla. Torno a sbrigliare, e nello stesso senso di prima, per altri 2 cm. il forame erniario, e nuova porzione di colon entra nel torace, e fa capolino lo stomaco ed una gran massa di epiploon; ma quanto a ridurre l'intestino fuoruscito, era cosa impossibile. Per oltre un'ora io ed il dott. Longo ci provammo con pazienza a riuscire nell'intento, ma invano.

Chi ha avuto l'occasione di praticare una toracotomia con resezione di un frammento di costola, ricorda (e non può dimenticarlo mai) il rumore che cagiona l'aria spinta dentro e fuori della breccia toracica per effetto della contrazione dei muscoli respiratori, specie del diaframma, anche non tenendo conto delle contrazioni ed espansioni del polmone: ora, nel nostro caso, ad accrescere quel rumore concorreva un altro corpo vibrante ripieno d'aria, che era l'intestino, e la frequenza degli atti respiratori che oltrepassavano i 40 al minuto: sicchè noi eravamo completamente assordati. E ci esasperava poi non poco il vedere che il diaframma, nelle sue escursioni respiratorie, urtava senza posa contro il margine tagliente del moncone vertebrale della 9.<sup>a</sup> costola, cosicchè temevamo di momento in momento che si dovesse ulcerare e perforare.

Vista l'impossibilità di ridurre l'ansa intestinale per la via toracica, pregai l'assistente dott. Emma di procedere alla disinfezione accurata della regione epigastrica ed ombelicale, determinato a fare la laparotomia per cercare di ridurre l'intestino dalla via addominale, giacchè nè io, nè i miei colleghi trovavamo altra via d'uscita. Già tutto era pronto per accingermi ad aprire, nostro malgrado, questa nuova via, quando mi venne l'idea di tirar fuori dalla breccia toracica tutto il colon prolassato e cercare di trovar la causa dell'impedimento alla sua riduzione. Per garentire l'intestino dalle superficie taglienti e dagli spigoli delle coste scontinate, rivestii alla meglio i contorni della breccia toracica con pezzi di garza al sublimato; indi, colla massima delicatezza ed a poco a poco, estrassi fuori del torace tutto il colon che risiedeva nella cavità pleurale, ed avvolto in un largo pezzo di garza, lo feci tener fermo e ricalcato in basso ed infuori dal dott. Longo. Quindi, esplorando comodamente colla vista e col tatto l'intero forame erniario, mi fu dato scorgere nel suo quarto interno — in quello stesso punto che io non aveva potuto prima esplorare col dito, a causa della troppa distanza di esso punto dall'apertura toracica, e della massa ingombrante del colon — un'intima aderenza di un pezzetto di epiploon col margine del forame erniario da una parte, e dall'altra con un punto dell'ansa del colon vicinissimo alla

inserzione del suo mesenterio: sicchè, mentre la porzione dell'ansa corrispondente al colon trasverso era perfettamente immobile sul forame erniario, liberissima al contrario era l'altra estremità corrispondente al colon discendente ed all'S iliaca. Così fu trovato il bandolo della matassa!

Scollata col dito l'aderenza dell'epiploon col forame erniario, tagliata fra due legature fatte con seta fenicata n.° 0 l'aderenza tra l'epiploon ed il colon, ogni ostacolo fu rimosso, l'intestino fu rientrato con precauzione nella cavità pleurale, e di là fu facile ridurlo per intero dentro l'addome. Per mantenere ben ridotto l'intestino ed avere più libero il campo alle ulteriori manovre operatorie, presi un grosso battuffolo di garza e cotone, ed, assicuratolo ad una lunga pinzetta emostatica, l'immisi dentro il forame erniario, e l'affidai nelle mani del dott. Longo.

Mediante una lunga pinzetta anatomica a denti di sorcio ed una lunga forbice curva sul piatto, recentai i margini ottusi del foro diaframmatico, asportandone tutto all'intorno 1 cm. di larghezza. In questa recentazione non vi fu emorragia degna di nota; la presenza del tampone impediva che neppure una goccia di sangue penetrasse dentro la cavità addominale. La soluzione di continuo del diaframma, compresa la parte dello sbrigliamento, misurava circa 8 cm., ed era diretta da dentro in fuori, con due estremità, cioè l'interna o mediastinica distante appena 3 cm. dal mediastino, e l'esterna o costale distante circa 10 cm. dalla inserzione laterale del diaframma alle costole.

Procedei alla sutura di detta soluzione di continuo incominciando dall'estremità mediastinica. Con un ago a forte curvatura provvisto di seta fenicata n. 3 e montato sopra un porta aghi di Roux attraversai a tutta spessorezza i margini della ferita alla distanza di un buon mezzo centimetro dalla linea di recentazione. Così applico 8 punti di sutura distanti fra loro 1 cm., annodo i fili nello stesso ordine con cui vengono applicati, e, man mano che vengono stretti ed annodati i fili e viene a restringersi la ferita, faccio ritirare all'esterno il tampone assicurato alla pinzetta nel modo che ho detto. Applicata questa prima serie di punti, ne applico una seconda intermedia mediante seta fenicata n. 0 molto ritorta e fortissima; ed i punti di questa serie distano appena 4 mm. dai margini liberi della ferita, interessando soltanto la spessorezza del muscolo e la pleura, lasciando intatta la sierosa peritoneale, che riveste la faccia inferiore del diaframma. Tutti i punti sono stretti in modo che si abbia il perfetto coalito delle superficie cruenta, senza il minimo arrovesciamento in basso od in alto dei margini della ferita.

Completata la sutura del diaframma, spargo sulla medesima una certa quantità di jodoformio in polvere finissima.

Passo poscia alla toletta del cavo pleurale, specie del fondo cieco posteriore, dove si era raccolta una discreta quantità di sangue in gran parte coagulato. A tale scopo, inietto in essa qualche centinaio di centimetri cubici di una soluzione fenicata al 2%, che subito assorbo e porto all'esterno insieme ai coaguli sanguigni mediante i battuffoli di garza e cotone.

Restava a rimettere in sito il lembo, o meglio, i lembi osteo-muscolo-cutanei, e chiudere ermeticamente la breccia toracica. Nel far ciò, non mi fu possibile, adoperando anche la viva forza, rimettere a mutuo contatto i margini resecati delle costole che già soverchiavano più di 1 cm.; il tentativo della loro sutura mediante filo di argento o di seta mi fallì completamente, a causa della mancata giustapposizione dei frammenti ossei. Mi contentai (dopo cosparsa tutta la superficie cruenta di jodoformio) di applicare un primo piano di sutura a punti staccati distanti fra loro 1 cm. circa con seta fenicata n. 0, suturando in massa la pleura ed i muscoli intercostali; un secondo piano di sutura anche a punti staccati distanti fra loro  $1\frac{1}{2}$  cm., con seta fericata n. 1, suturando i muscoli superficiali del torace e l'aponeurosi; e finalmente un terzo piano di sutura a punti staccati distanti fra loro  $1\frac{1}{2}$  cm. con seta fenicata n. 3, suturando la pelle e il tessuto sottocutaneo. Questi ultimi punti distavano oltre  $1\frac{1}{2}$  cm. dai margini liberi dell'incisione cutanea, ed erano intercalati da altri punti intermedi fatti colla stessa seta n. 3, che rafforzavano l'unione della sola cute ed erano distanti circa 1 cm. dai margini liberi della ferita.

In seguito, fatta un'accurata pulizia del tegumento esterno, cosparsi generosamente con polvere di jodoformio tutta la linea di sutura, e posi al di sopra di essa una striscia d'inceratina di gutta-perca (funzionante da silk protective); su questa alcuni strati di garza allo jodoformio, poi di garza al sublimato; indi alcuni strati di cotone al sublimato disposti più uniformemente che era possibile per tutta la metà sinistra del torace. Al di sopra del cotone posi un pezzo di makintosh corrispondente alla quarta parte di  $\frac{1}{2}$  metro di quadro; al di sopra di questo una compressa di tela finissima piegata in doppio; e finalmente con due fasce di tela lunga ciascuna 5 m., larga 10 cm. e con giri moderatamente stretti fermai tutta la medicatura.

Cambiata la biancheria che aveva in dosso l'operato, lo si trasporta a braccia sopra il suo letto già ben caldo, e lo si adagia in posizione supina leggermente inclinata sul fianco destro, colla testa e col tronco alquanto rialzati, le cosce flesse e le ginocchia sostenute

da un cuscino piegato in doppio. A meglio sostenere i piedi, fu rialzata la sponda inferiore del letto mediante un cuscino sottoposto al materasso.

La durata dell'operazione, dal cominciamento dell'anestesia al termine della medicatura, fu di circa 6 ore. Essa fu ben sopportata, attesa la buona costituzione dell'individuo. La perdita di sangue non fu certamente lieve, a causa principalmente della insistentissima emorragia a nappo, che ebbe luogo appena l'aria penetrata nella cavità pleurale fece collabire quasi per intero il polmone, e tenuto conto ancora della mancata legatura delle tre arterie intercostali recise. La quantità di anestetico impiegata (cloroformio puro dal cloralio), adoperando l'ordinaria maschera di Esmarch, fu di circa 150 grammi. L'anestesia non fu mai interrotta, solo fu mantenuta più intensa al momento del taglio dei lembi osteo-muscolo-cutanei, durante gli sbrigliamenti del forame diaframmatico e della sua sutura, come ancora durante l'applicazione dei punti di sutura alla pelle. Anche in quel momento criticissimo, in cui avevo deciso di procedere alla laparotomia, la narcosi fu resa profonda. In tutto il resto dell'operazione essa fu mantenuta ad un grado piuttosto leggero. Non si ebbe mai vomito, nè alcun altro accidente da obbligare a sospendere la somministrazione dell'anestetico.

Dopochè l'operato fu messo nel suo letto, ben presto si svegliò completamente e ricuperò le sue facoltà intellettuali. Cominciò a lagnarsi di forte ansia respiratoria ed oppressione toracica, di senso di bruciore a quasi tutta la metà sinistra del petto e di sete ardente. Fu tosto rinnovata l'aria della stanza; si concesse appena appena qualche sorso d'acqua fresca e di limonata, e ciò sul timore che sopravvenisse il vomito, il polso era debolissimo e frequente (130 pulsazioni al minuto) la respirazione molto accelerata (52 atti respiratori al minuto); la temperatura 36°7. Fu praticata un'iniezione ipodermica di caffeina ed applicata a permanenza, sulla regione operata, una larga vescica di ghiaccio.

Dopo aver raccomandato alla famiglia dell'operato di osservare intorno a lui la calma più assoluta, non disturbandolo con domande o con visite importune, rivolsi allo stesso le migliori parole di incoraggiamento che seppi trovare, e mi ritirai in casa stanco ed abbattuto per le forti emozioni morali ricevute in quell'operazione. Non posso negare che io era rimasto contento, al postutto, dall'operata mia e dei miei colleghi, perchè l'atto operativo era riuscito completamente al suo scopo; ma, quanto a voler giudicare dell'esito definitivo dell'operazione, atteso il grave stato dell'infermo, che già pareva in preda ad un incipiente collasso, era per me un pensiero assai doloroso, una vittoria di Pirro che preludiava ad una totale sconfitta!

Rividi l'ammalato dopo circa due ore. Con che cuore io risalissi le scale della sua abitazione è facile indovinarlo. Lo trovai nelle stesse condizioni in cui l'aveva lasciato dopo l'operazione; la caffeina non aveva prodotto alcun beneficio sulla forte dispnea, nè aveva modificato in alcun modo le condizioni del polso. Gli domandai se avvertiva più all'addome ed alla base del torace quei dolori straziantissimi per cui volle essere operato, e con un debole fil di voce mi rispose di no. Intanto era così smanioso ed agitato, che cercava, nonostante la mia formale proibizione, alzarsi sul letto e voltarsi ora su questo ed ora su quel fianco. Allora mi venne in mente, se mai quello stato non fosse prodotto in gran parte dal bisogno della morfina. Infatti, il Fazzi nei tre giorni di malattia, che precedettero l'operazione, a causa degli acerbissimi dolori da cui era travagliato, aveva largamente usato buone dosi crescenti dell'alcaloide sia per via interna che per via ipodermica: in altri termini, il Fazzi era in carreggiata di diventare un morfiomane bello e buono. Convinto di questa verità, abbenchè l'ammalato non accusasse alcun dolore al torace o all'addome, ma solo un leggiero senso di bruciore in corrispondenza della ferita esterna, gl' iniettai sotto la cute del braccio destro una soluzione di 2 centigrammi di morfina. Pochi momenti dopo, l'ammalato fu preso da una calma benefica, il polso si rallentò e si rese più forte (120 pulsazioni al minuto), il respiro diventò assai più largo e più lento (20 atti respiratorii al minuto), chiese un cucchiaino di limonata, e si addormentò placidamente.

## DIARIO.

29 aprile 1893, 1.º giorno dopo l'operazione.

*Mattina.* — Il riposo procurato dalla morfina durò circa tre ore. Durante il resto della notte l'infermo è stato poco tranquillo; ma, sorvegliato energicamente, non si è mosso mai dalla posizione prescrittagli. Soffre al solito di ansia di respiro. Sete alquanto moderata. Lingua leggermente impaniata, ma larga ed abbastanza umida. Non sente alcun bisogno di cibo. Non ha nè vomito, nè nausea. Non ha evacuato di corpo, nè urinato. Avverte un leggiero dolore a tutta la regione ipocondriaca sinistra ed il solito senso di bruciore alla ferita. Lo stato generale è poco soddisfacente, molto più che l'ammalato si presenta anemico a causa della considerevole quantità di sangue perduta durante l'operazione e l'inanizione forzata durante i tre giorni di malattia. Iniezione ipodermica di 1 cg. di morfina. Qualche chiacchiera di brodo leggiero, acqua a calor di latte. Vescica di ghiaccio a permanenza. T. 36°6, R. 23, P. 130.

*Sera.* — L'ammalato è assai più agitato che durante la mattina. La respirazione, al solito, è superficiale e frequentissima, il polso debole e frequente. Sete moderata, lingua umida. Non vi è vomito. Alvo perfettamente chiuso. Non ha emesso che poca quantità d'urina ed in

diverse riprese. L'esame dell'addome fa constatare l'assenza completa di meteorismo; ma la regione soprapubica lascia palpare la vescica urinaria molto distesa. Invito l'ammalato a fare il possibile di urinare nella stessa posizione in cui si trova senza sforzarsi; ma non ci riesce. Egli mi dice che è avvezzo di urinare sempre all'impiedi, e basterebbe farlo alzare da letto perchè urinasse a colpo sicuro. Non potendo permettere ciò, si ricorre al cateterismo mediante un catetere elastico Nélaton n.° 16 previamente sterilizzato in acqua bollente ed unto d'olio già bollito. Così si estrae 1 litro circa di urina di aspetto limpido ma di colorito giallo-fosco. Ho cura d'istruire nelle manovre del cateterismo il padre dell'operato, persona abbastanza intelligente, e raccomandando lo si pratici con tutte le norme antisettiche ogni 6 ore sia di giorno che di notte. Evacuata l'urina, l'ammalato si sente assai meglio; però mi prega di fargli la solita iniezione ipodermica di morfina, ed io lo acconto iniettandogliene 1  $\frac{1}{2}$  centigramma. T. 37°2, R. 29, P. 127.

30 aprile. 2.° giorno dopo l'operazione.

*Mattina.* — Ha passato la notte discretamente bene. Non ha dormito, ma ha goduto d'una calma che, come dice lo stesso ammalato, gli ha ristorate le forze. Polso alquanto più sostenuto e meno frequente. Respirazione meno difficultata e meno frequente. Febbre assente. Lingua quasi normale. Si sente assai debole. Alla ferita esterna non avverte più il senso di bruciore, di cui si lamentava il giorno precedente. Gli si risveglia molto dolore a tutta la metà sinistra del torace, se prova di fare un'inspirazione un po' profonda. Per 2-3 volte ha emesso flati dall'ano. L'aspetto generale dell'ammalato comincia ad essere più incoraggiante. Ordino per tutta la giornata  $\frac{1}{4}$  di litro di latte in 2 dosi; 3 tazze di brodo e 3 cucchiari di marsala allungato con acqua. Iniezione di  $\frac{1}{2}$  cg. di morfina. Vescica di ghiaccio a permanenza. T. 37°1, R. 24, P. 124.

*Sera.* — L'ammalato si sente più animato e tranquillo, non avverte più l'incomodo della posizione obbligata sul dorso; si lagna soltanto che ha avuto qualche borborigma doloroso e qualche senso di tensione attorno all'ombelico, che poi è scomparso emettendo ad intervalli gas dal retto. Cateterismo regolarmente ogni 6 ore. Urina di aspetto limpido, di colorito rosso-giallastro. Iniezione ipodermica di 1 cg. di morfina. T. 37°5, R. 26, P. 125.

1.° maggio. 3.° giorno dopo l'operazione.

*Mattina.* — Durante la notte ha riposato poco. Si sente la bocca un po' amara e gli è aumentata la sete. Le urine sono di colorito alquanto fosco. Nella congiuntiva bulbare si nota facilmente una tinta subitterica. Alvo perfettamente chiuso. Sospendo ogni alimentazione e il marsala, ed ordino la somministrazione di un bicchiere d'acqua amara János tiepida; e, nel caso di mancato effetto purgativo, l'applicazione d'un enteroclima d'acqua salata. Alla famiglia dell'ammalato insegno tutte le norme più minute perchè nè durante l'applicazione del clistere, nè durante l'evacuazione in recipiente appropriato, avesse a succedere alcun movimento dell'infermo, e perchè fosse salvaguardata con ogni scrupolosità la pulizia del letto e dell'ammalato. Vescica di ghiaccio a permanenza. T. 37°5, R. 28, P. 125.



*Sera.* — Il purgante preso nella mattina si limitò soltanto a produrre un movimento rivoluzionario — come dice l'infermo — nell'intestini, ma non altro. Perciò fu fatta l'applicazione dell'enteroclistma, che diede esito a pochi materiali fecali di consistenza semi-fluida, di colorito biancastro e di odore molto penetrante. Avverte qualche po' di cefalea frontale. Non ha appetito. Provandosi di urinare spontaneamente a letto, non ci riesce. Cateterismo, al solito, ogni 6 ore. Durante tutta la giornata si somministrano 3 piccole tazze di brodo ed un tuorlo d'uovo. Iniezione ipodermica di  $\frac{1}{2}$  cg. di morfina. T. 38°3, R. 27, P. 125.

2 maggio. 4.° giorno dopo l'operazione.

*Mattina.* — Notte piuttosto agitata, insonne. Verso le 6 del mattino ha avuto un'abbondante scarica ventrale di feci di consistenza poltacea puzzolentissime. Dopo si è sentito assai meglio ed ha dormito per circa 2 ore di seguito. In mia presenza si sveglia, e dice che non avverte più nessun incomodo all'addome; solo di tanto in tanto ha qualche senso di puntura alla regione occupata dalla ferita. Il sapore amaro alla bocca è scomparso. Chiede un po' di latte col pane. Gli si concede latte, brodo e qualche tuorlo d'uovo, ma senza pane; marsala a piacere. T. 37°7, R. 20, P. 110.

*Sera.* — Le condizioni generali e locali dell'ammalato si mantengono lodevoli come al mattino. Non gli noia la conversazione degli amici e dei parenti. Ho raccomandato agli uni ed agli altri la massima serietà nei loro discorsi; a quelli che prendono tabacco (e ve ne sono parecchi!) ho raccomandato di allontanarsi dal letto: e tutto ciò perchè il riso e lo starnuto, nell'infermo, non avessero a cagionare un accidente disastroso. La vescica di ghiaccio è applicata non più a permanenza, ma ad ore alterne. Iniezione di  $\frac{1}{4}$  cg. di morfina. T. 37°1, R. 24, P. 110.

3 maggio. 5.° giorno dopo l'operazione.

*Mattina.* — Continua il miglioramento. Il dott. Longo visita l'operato e rimane soddisfatto dello stato lodevole in cui lo trova. L'ascoltazione del torace, fatta per quanto lo permettono e la posizione e la fasciatura, dimostra che il mormorio vescicolare è esagerato a destra, senza perdere il suo carattere di mollezza naturale; a sinistra è molto aspro, ed il pneumo-torace sembra molto ridotto. Nessun rantolo. Appetito eccellente. Latte con poco pane, brodi e tuorli d'uova, marsala. T. 36°8, R. 24, P. 100.

*Sera.* — La giornata l'ha passata tranquilla. Verso le 4 p.m. ha avuto una scarica di corpo normale. Gli si permette, con tutte le dovute cautele e tutti gli aiuti possibili, di alzarsi per un momento dal letto, unicamente per urinare da sè, senza il bisogno del catetere: infatti, alzato, urina spontaneamente. Nessuna iniezione di morfina. Soppressa del tutto la vescica di ghiaccio. T. 37°2, R. 25, P. 100.

4 maggio. 6.° giorno dopo l'operazione.

*Mattina.* — La notte l'infermo non ha dormito bene, perchè ieri sera, come si è detto, fu sospesa l'iniezione ipodermica di quella piccola quantità di morfina, la quale, anzichè agire per sè stessa, agiva quasi unicamente per effetto suggestivo. T. 37°, R. 22, P. 100.

*Sera.* — Niente di nuovo. T. 37°1, R. 19, P. 95.

5 maggio. 7.<sup>o</sup> giorno dopo l'operazione.

*Mattina.* — L'ammalato va di bene in meglio. A pranzo, oltre al brodo, mangia per la prima volta un po' di pollo. Un'evacuazione ventrale regolare. T. 37<sup>o</sup>, R. 19, P. 96.

*Sera.* — Con mia sorpresa trovo che l'infermo è alquanto disturbato, e mi dice che nelle ore pomeridiane, avendo bevuto dell'acqua, se l'ha intesa scendere dentro la metà sinistra del torace; che avendo poco dopo bevuto altra acqua a titolo di prova, ha pure avvertito la stessa sensazione; che però, avendo bevuto una terza volta, non provò nulla di anormale. È inutile ed impossibile per me il voler azzardare una spiegazione qualunque di siffatto fenomeno, del resto, subiettivo; mi limito a dare all'ammalato le più formali assicurazioni, che quanto egli ha percepito non ha in sé nulla di grave: è un *effetto nervoso*, ecco tutto. Così l'ammalato si rassicura, e diventa allegro quando gli dico che domani dovrò rinnovare la medicatura e rivedere la ferita. T. 37<sup>o</sup>3, R. 21, P. 100.

6 maggio. 8.<sup>o</sup> giorno dopo l'operazione.

*Mattina.* — Il Fazzi ha passato tranquilla la notte. Dal suo volto traspare un'allegrezza mista a timore, perchè stamane si dovrà rivedere la regione operata. Previa d'infezione delle mani, preparo tutto l'occorrente per la nuova medicatura nel modo più asettico ed anti-settico che mi è possibile. Assistono il Dott. Emma, il sig. Scarlata ed una sorella dell'operato. Questi vien messo a sedere comodamente sulla sponda sinistra del suo letto. Tolta la fasciatura e la medicatura, si rinviene la ferita di colorito normale, perfettamente asciutta e già guarita per prima intenzione. Tolgo i soli punti di sutura intermedi, previo lavaggio al sublimato della ferita e contorni mediante battuffoli di cotone. Cospargo generosamente con polvere di jodoformio tutta la linea di sutura e vi soprappongo la solita inceratina e 3 strati di garza all'jodoformio. Il resto della medicatura, come dopo l'operazione. Durante la medicatura, l'ammalato non ha sofferto il benchè minimo disturbo: ha voluto per altra mezz'ora rimanere seduto sul letto, e poi si è coricato nella solita posizione. T. 37<sup>o</sup>, R. 18, P. 90.

*Sera.* — Tutta la giornata è scorsa tranquillissima. Al posto della ferita l'infermo ha avvertito qualche senso di puntura e del prurito leggiero. Ha pranzato con eccellente appetito. T. 37<sup>o</sup>1, R. 20, P. 90.

7 maggio. 9.<sup>o</sup> giorno dopo l'operazione.

*Mattina.* — Circa sulla mezzanotte il Fazzi si è svegliato di soprassalto accusando un forte dolore al ginocchio destro. Questo, infatti, appare mediocrementemente tumefatto, dolente alla pressione e la sua temperatura è aumentata; anche l'altro ginocchio accenna ad un risentimento doloroso, ma non è tumefatto. L'appetito è buono, lo stato generale soddisfacente. Applicazione di pannilani ben caldi sulle articolazioni ammalate. T. 37<sup>o</sup>3, R. 16, P. 100.

*Sera.* — L'affezione reumatica alle ginocchia è rimasta stazionaria; il dolore è diminuito, e non impedisce all'ammalato di alzarsi da letto al momento di urinare o di andar di corpo. Quanto al torace, nella sua metà sinistra, il Fazzi non avverte che poco o punto dolore. T. 37<sup>o</sup>2, R. 18, P. 90.

8 maggio. 10.<sup>o</sup> giorno dopo l'operazione.

*Mattina.* — Nulla di nuovo. Il dolore alle ginocchia è pressochè scomparso. T. 36°8, R. 19, P. 88.

*Sera.* — Continua sempre il miglioramento T. 37°, R. 27, P. 90.

9 maggio. 11.<sup>o</sup> giorno dopo l'operazione.

*Mattina.* — Colle solite precauzioni antisettiche rinnovo la medicatura, e tolgo tutti i punti di sutura, meno uno, che dovrei lasciare a posto, avendo esso tagliato lo strato dermico della cute ed immessosi nel tessuto sottocutaneo. Nessunissima traccia di suppurazione attorno i punti. La ferita appare solidamente cicatrizzata. Lo stato generale è ottimo. T. 37°, R. 18, P. 82.

*Sera.* — Nessuna novità. T. 37°, R. 18, P. 80.

10, 11 e 12 maggio. 12.<sup>o</sup>, 13.<sup>o</sup>, e 14.<sup>o</sup> giorno dopo l'operazione.

L'ammalato migliora progressivamente. Assenza completa di febbre.

13 maggio. 15.<sup>o</sup> giorno dopo l'operazione.

*Mattina.* — Rinnovo per la 3.<sup>a</sup> volta la medicatura. Il punto di sutura rimasto in mezzo lo spessore della cute è venuto fuori spontaneamente. Al suo posto nessuna traccia di suppurazione. Medicatura come al solito, meno l'inceratina. Verso mezzogiorno l'infermo si alza da letto, si veste e passeggia un po' per la stanza, e poi si affaccia al balcone attraverso i vetri. Ma guardando verso la strada, vien preso da una lipotimia che lo costringe a mettersi subito a letto.

*Sera.* — Il restante della giornata si è avuto malessere e dolori in tutto il corpo, simili a quelli prodotti da un leggero attacco d'influenza. Nessun aumento di temperatura.

18 maggio. 20.<sup>o</sup> giorno dopo l'operazione.

*Mattina.* — Tolgo definitivamente ogni medicatura e faccio un attento esame della metà sinistra del torace. Essa presenta tra la linea parasternale e l'ascellare posteriore una cicatrice angolare, di cui un lato è parallelo al 7.<sup>o</sup> spazio intercostale, e l'altro perpendicolare alla direzione dell'8.<sup>a</sup>, 9.<sup>a</sup> e 10.<sup>a</sup> costola. Lungo tutta la linea di cicatrizzazione si nota il rilievo delle costole recise, e la formazione di un voluminoso callo osseo. La percussione dà risonanza chiara in alto nei due terzi superiori occupati dal polmone; è ottusa in basso. Il murmure vescicolare è normale in corrispondenza del terzo superiore e medio del polmone sinistro; a livello del terzo inferiore è assente. Anche le vibrazioni vocali in quest'ultima regione sono abolite, mentre in alto si conservano normali. Da questo esame risulta, che esiste un versamento pleurítico a sinistra di mediocre entità.

Per garantire la giovane cicatrice dagli insulti esterni, prescrivo l'uso di una semplice fascia protettiva intorno al torace; inoltre, per attivare quanto più è possibile il riassorbimento dell'essudato, raccomandando una dieta prevalentemente lattea. Ma principalmente ingiungo all'operato di evitare qualsiasi sforzo muscolare, le occasioni di tossire, starnutare; gli proibisco di mettersi da sè le calze e gli stivaletti, di piegare il corpo troppo in avanti o indietro, di montare a cavallo spiccando un salto da terra; guardarsi dall'uso di cibi di difficile digestione, come pure da pasti troppo abbondanti; e badare che il ventre non sia stitico.

Due mesi dopo l'atto operativo, le condizioni del torace erano normali d'ambo i lati. Non mancai di ripetere al Fazzi le solite raccomandazioni igieniche e preventive, e gli dimostrai chiaramente che, neglignendole, egli poteva andare incontro ad un nuovo e più terribile accidente.

Seppi in seguito che egli, sentendosi perfettamente bene in salute, e come se nulla avesse mai sofferto, ha da molto tempo ripigliato le sue antiche abitudini, lavorando da mane a sera nel faticoso mestiere di contadino, alzando da terra e caricando sulle sue spalle pesi di 50 e più chilogrammi, e non lagnandosi, fino ad oggi, di alcuna sofferenza dolorosa, nè di alcun disturbo sia alla respirazione che alla digestione. Ultimamente ha preso moglie.

Ed ora poche considerazioni circa la condotta da me tenuta al momento che vidi il Fazzi ferito, e non aveva alcun dubbio che il suo diaframma fosse pure interessato.

Fu essa conforme ai precetti della buona chirurgia?

Può la medesima essere giustificata od almeno scusata dal buon esito dell'operazione?

Si sa che le ferite del diaframma, a meno che non siano complicate a lesioni di continuo dei visceri toracici e addominali, non sono per se stesse mortali; si sa inoltre che le stesse ernie dei visceri addominali, contenute entro certi limiti e non strozzate, se danno delle sofferenze più o meno gravi all'ammalato, pure non sono necessariamente mortali, avendosi non pochi esempi nella letteratura medica d'individui vissuti per molti e molti anni con ernia diaframmatica sia congenita che acquisita. Ma qual criterio *sicuro* noi abbiamo per dire che, in presenza di un caso patognomiconico di ferita recente del diaframma, sia stata rispettata l'integrità dei visceri toracici e addominali? Nessuno. Quindi il dubbio e l'incertezza c'impongono sempre d'intervenire ed immediatamente.

Ammesso pure che la ferita del diaframma sia l'unica e semplice lesione avvertasi; che, mediante un zaffo di epiploon (come nel mio caso), od una porzione di altro organo spinto contro la medesima e divenutovi aderente, s'impedisca la formazione dell'ernia; o se, malgrado tutto, questa si è formata, ma non dà che poco o nessun disturbo all'individuo, da rendergli compatibile per un lungo spazio di tempo la vita, non pertanto il chirurgo si deve fare delle illusioni. L'occasione, massime se trattasi d'individuo costretto a guadagnarsi il pane col lavoro muscolare, non si farà a lungo attendere, per determinarsi lo strozzamento; ed allora è forza che s'intervenga se non si vuole,

coll'inazione, dannare a sicura morte l'individuo. Quali difficoltà il chirurgo debba superare in quest'intervento tardivo, quanto potrà esser lunga l'operazione, il mio caso informi!

Può anche darsi che i fenomeni di strozzamento intestinale, come può accadere in altre ernie, cessino spontaneamente, e l'ammalato abbia superato il pericolo; ma ciò non vale definitivamente a scongiurarlo; trattasi di uno stato di bontà a più o men breve scadenza, e sempre penderà sul capo dell'ammalato e del chirurgo la terribile spada di Damocle.

Pertanto, nessuna dilazione si frapponga, in presenza di una ferita diaframmatica, al pronto intervento chirurgico, per scoprire largamente la lesione, rendersi conto dello stato degli organi toracici e addominali prossimiori alla lesione stessa e portarvi gli opportuni ripari. Se il ferito non presenta nulla di allarmante (emorragia copiosa, versamento di contenuto gastro-enterico dentro la pleura, collasso), si aspetti soltanto il tempo necessario pel trasporto dello stesso in locale adatto, per procurare gli assistenti necessari all'operazione, e tutti quei mezzi e quelle cautele che valgano a scongiurare il pericolo di un'infezione dall'esterno; e questa dilazione non si estenda mai al di là delle 24 ore.

Ma quando il chirurgo si trovi in presenza di fenomeni allarmanti per parte del ferito, derivanti da copiosa emorragia, o da ferita dello stomaco e degl'intestini, allora, previo l'uso di tutto ciò che possa rianimare le forze del paziente (iniezioni sottocutanee d'etere, d'olio canforato, ecc., iniezione di una certa quantità di siero artificiale, autotrasfusione), *illico et statim*, provvisto di una certa quantità di materiale antisettico da medicatura, di qualche centinaio di grammi di cloroformio e degli strumenti indispensabili, si accinga ad intervenire energicamente.

Tale, e non altra, deve essere oggi la condotta del chirurgo in caso di ferita diaframmatica, massime dacchè Postempsky, pel primo, seppe indicarci la via più breve e più sicura per scoprire e padroneggiare il diaframma, attraverso una larga breccia temporaneamente praticata sul torace.

E quanto sia giovevole e da quanti risultati felicissimi sia coronata questa condotta, lo provano luminosamente i 34 casi di operazione finora pubblicati con *un solo* decesso (caso di Garofalo e Parlavecchio); benchè, a voler essere semplicemente coscienziosi, la morte dell'individuo, in quest'ultimo caso, si debba ascrivere alla copiosissima emorragia patita, a causa di molteplici lesioni coesistenti in varie parti del corpo, e più specialmente nella milza e nel rene sinistro.

Dopo tutto, mi è forza conchiudere, che la condotta da me tenuta di fronte alla ferita presentata dal Fazzi, non fu conforme ai precetti della buona chirurgia; e che solo il buon esito dell'operazione, fatta tardivamente, varrà in qualche modo a scusarmi (1).

---

(1) Mentre il presente lavoro trovavasi alle stampe, il dott. Sorrentino (Napoli) pubblicava nella *Riforma Medica* (A. 1895, v. 2.º, pag. 75) due casi di ferita del diaframma curati chirurgicamente con esito felice, dei quali uno già inedito, menzionato dal Ninni, e l'altro di data affatto recente.

Nella *Revue de Chirurgie* (A. 1895, n.º 3) il Llobet ha pubblicato un caso di ernia diaframmatica in persona di un militare, operato *dopo un anno* dalla patita lesione (colpo di coltello nell'ottavo spazio intercostale sinistro). In questo caso l'ernia era visibilissima all'esterno, e giaceva in corrispondenza della cicatrice toracica. L'esito dell'operazione fu felice (*V. Riforma Medica*, A. 1895, v. 2.º, pag. 132).

Castrogiovanni (Caltanissetta), Marzo 1895.

  
