

BIBLIOTECA
FRANCISIANA



RACCOLTA DI PUBBLICAZIONI

DEL

DOTT. LUIGI LAURENZI

CHIRURGO PRIMARIO DEGLI OSPEDALI DI ROMA





RACCOLTA DI PUBBLICAZIONI

DEL

DOT.^F LUIGI LAURENZI

CHIRURGO PRIMARIO DEGLI OSPEDALI DI ROMA



ROMA

TIPOGRAFIA GIOVANNI POLIZZI E C.

1872



Della Corneite punteggiata sifilitica con Irite terminante in ascesso.

Gli elementi anatomici che compongono l'apparecchio visivo, si possono dividere in elementi di circoscrizione e protezione, in elementi deputati alla nutrizione, al movimento, ed alla modificazione ottica, e in quelli da ultimo di eccitamento, e di trasmissione specifica. È facile quindi a comprendersi come quasi tutti i tessuti che si osservano in vari punti dell'umano organismo vedansi riuniti nell'occhio, nè è a stupire se per tal varietà di struttura e complicato suo funzionare vada soggetto a molteplici e singolari malattie. La cornea e l'iride sono le parti del bulbo più spesso volte ammalate e il virus sifilitico fa mostra di sè anco in questi delicati tessuti.

Mi si presentò N. N. romana, stiratrice, di anni 43, temperamento sanguigno-nervoso accusandomi disturbi visivi nell'occhio sinistro, accompagnati da forte dolore endoculare, e irradiato al nervo sopraorbitale, ricorrente più fiate nel giorno e nella notte. Per constatare le alterazioni mi posi ad osservarla ad occhio nudo ed armato di lente, non che con il rischiaramento obliquo o laterale tanto con luce solare, secondo Hücler, quanto con l'artificiale. Ravvisai una corneite punteggiata posteriore, limitata al lato interno corneale; i punti opacati erano giallo-verdastri con intorbidamento dell'umor acqueo, e un piccolo coagulo placentiforme, usando l'espressione di Stelwang-Won-Carion, nel fondo di questo. All'inflammazione della cornea a membrana di Deschemet eravi associata l'irite

parenchimatoso, presentando una prominenza nella sua parte interna presso al forame pupillare con colore rosso sbiadito, il resto uno stato congestivo, pupilla leggermente miotica e deformata, cerchio zonulare. Interrogata sopra l'anamnesi della malattia evidentemente emergeva la eziologia da sifilide, che a tal punto si mostrava solamente nella cornea, e nell'iride. Il virus sifilitico, dopo essersi manifestato con sintomi secondarii e terziarii, aveva portato novelli attacchi, quantunque l'inferma si sottoponesse in altre epoche ad una cura specifica. Poco o nulla potei dedurre sul fatto che la malattia esordisse o no, primamente nell'iride, o nella cornea; in ordine di frequenza si dovrebbe ammettere nel diaframma irideo; essendo comparsa la flogosi iridocheratica in un periodo ben lontano dal momento che agì la causa infettante. Gravi erano le sue sofferenze, gli irido-spasmi si ripetevano frequentemente, crucianti in ispecial modo nella notte, imponenti erano i sintomi reattivi prevalenti sull'iride, quantunque questi svoltisi a fasi di morbo tardivo dovessero pronunciarsi, a dire degli Oftalmologi, con più mite apparenza, ma più insidiosi. Come spiegare un processo infiammatorio sì violento? Donde ripetere il fattore precipuo? forse dalla robusta costituzione della donna, o dall'associarsi di una causa reumatizzante ovvia nella sua professione che non aveva del tutto abbandonata, o dal rigonfiamento parziale dell'iride o da una particolarità individuale, o dall'attività del principio infettante (quistione ancora insoluta) o da molte circostanze riunite? Dirò con Lous, che quando siamo per apprezzare il valore relativo degli elementi etiologici di una infermità, il problema sorge difficile e talvolta impossibile a risolversi. All'energia della malattia opposi un metodo curativo corrispondente, sanguigne, antiplastici e calmanti ne furon la base principale, come ancora un riposo assoluto, un regime severo e l'allontanamento di luce troppo viva, non lasciando intentata fra i mezzi razionali la paracentesi cornea. Persistendo nella sua forza, il male si raddoppiava, la tumefazione aumentavasi, e nel maggior punto culminante si formava un sottile strato plastico, le punteggiature si dilatavano verso il centro della cornea, e riunivansi; l'oftalmodinia diveniva più intollerabile, e l'inferma vedeva accrescersi lo stato ambliopico per essudazione nella pupilla, e

per l'irradiazione congestiva nella coroide e nella retina. Vegliando accuratamente sul decorso della malattia, mi avvidi andarsi svolgendo una forma morbosa che mi portava al sospetto di raccolta marciosa nel parenchima dell'iride, con aumento piuttosto celere. Una giusta diagnosi mi doveva condurre all'applicazione del rimedio, un quadro differenziale doveva erigersi come giudice. L'escrescenza papillare, un accumulo di granulazioni sulla faccia anteriore iridea, il condiloma o tumore gommoso dell'iride, l'eruzione foruncolare descrittaci dal Fario, l'*iridomycus* di Klemmer, o altra neogenesi patologica mi rendeano perplesso intorno al sicuro diagnostico di un punto culminante, e di una superficie liscia nel restante del rigonfiamento, mi conducevano più a determinare l'esistenza di una raccolta marciosa, incapsulata, che qualunque altro prodotto patologico.

Con tal diagnosi due erano le vie di condotta terapeutica, o un metodo aspettante senza omettere la continuazione di rimedii antiflogistici e sedativi, o un atto operativo.

La prima doveva riputarsi sommamente pericolosa per le invadenti congestioni dei tessuti contigui, la seconda mi offriva due mezzi, la puntura, o la coromorfosi, *iridectomy*. Stante la rarità di ascessi acuti e cronici dell'iride, la scienza ancora non ha sentenziato definitivamente sul valore di questi. Imitando l'esempio di Machensie, di Alfonso Richard, Dixon, e Vithe Cooper che hanno punto le cisti sierose dell'iride con esito vantaggioso, fatto messo bene in rilievo da Guèpin figlio di Nantes. Un suo lavoro speciale dove si trovano consegnati tutti i documenti conosciuti fino ad oggi, sopra la sintomatologia, eziologia e trattamento di questi tumori e confortato dalla pratica di Tavignot che pungea l'iride acuta e cronica senza tema introducendo un ago sulla semicirconferenza esterna della cornea, mi decisi a prevalermi della puntura. Senza attendere di più, attraversando la cornea nel suo estremo inferiore e mediano con un ago lanciato a preferenza di un coltello lanceolato e percorrendola obliquamente, pervenni a ferire la parte elevata dell'ingorgo ch'era in vicinanza del forame pupillare. L'ascesso si vuotò a poco a poco dando luogo ad un ipopio e dopo un breve tempo ad un leggero emoftalmo interno o ipoema. La visione deteriorò di gran lunga per i versamenti

avvenuti e si accrebbe la desolazione dell'inferma; però dopo pochi giorni incominciarono a ritornare nelle linee normali i fenomeni visivi per il riassorbimento della marcia e del sangue.

Domata la flogosi e scomparso il deposito purulento, era forza combattere la causa primitiva coll'intraprendere una cura specifica. L'amministrazione del ioduro di potassio in dose crescente e tollerata, del deutocloruro di mercurio, prese isolatamente, mi procurava vantaggi con molta lentezza; allora aggiunsi un trattamento curativo misto, e nell'occhio un colirio iodurato. Dopo quattro mesi e mezzo la donna ricuperò perfetta guarigione restando una discoria e sinechia posteriore, svoltasi nel corso dell'irite.

Avuta l'occasione di riscontrare cheratiti punteggiate e iriti sifilitiche nel mio esercizio privato in città, che hanno punti di contatto coll'istoria tracciata, farò di pubblica ragione ciò che mi fu dato particolarizzare in talune di queste forme morbose.

Quattordici furono i casi di corneiti punteggiate, nove in un solo occhio, quattro in ambedue, uno con trapiantamento successivo, nove complicate con irite, cinque senza altra associazione. Le punteggiature sono state ora circoscritte a piccoli spazi della cornea, ora diffuse, sparse irregolarmente, a differenti altezze, e per lo più nel segmento inferiore di questa a forma triangolare, hanno presentato la colorazione bluastra verdognola, giallastra, di un bianco sudicio, e mista. La tenuità di queste sulle prime appena turbava la visione e faceva sospettare all'infermo un'ambliopia, o un indebolimento visivo; ma consecutivamente spandendosi e moltiplicandosi i punti opacati si veniva maggiormente ad oscurare. Le punteggiature sono rimaste talvolta nel loro aspetto primordiale; tal altra si resero successivamente disseminate. Ho veduto un giovane trentenne cloro-anemico, avente condizioni emorofilliche del sangue, evidenti per comparsa di piccole macchie ecchimotiche che in varii punti del derma con punteggiature stazionarie per un dato tempo, e quindi essersi formata una soffiatura completa, e un infiltramento sanguigno interlamellare occupante quattro millimetri della cornea, ad onta che il cerchio episclerale fosse appena accennato. Con un trattamento ripa-

ratore, dipoi con lo specifico misto, si ottenne un completo risanamento della facoltà visiva.

La corneite punteggiata coincide assai spesso con infievolimento dell'infermo, sia per incongrua alimentazione, sia per gravi malattie, miseria, patemi d'animo, sia per linfatismo o altro vizio diatesico, ma la causa predominante è la siflide.

Gli ammalati da me registrati che più o meno offesero le accennate condizioni furono invasi tra i 25 e i 50 anni, più uomini che donne; alcuni nel periodo secondario, altri nel terziario, ed uno con fenomeni incontestabili dell'infezione, solo nell'iride e nella cornea; otto tra i sette e dieci anni dal primo attacco sifilitico. Le forme dermopatiche congiunte alla malattia in discorso furono le papulose, le pustolose; nelle manifestazioni secondarie; lesioni periostiche, ed ossee nelle terziarie, ed in un solo caso come sintomo tardivo senza che fossero comparse altre forme intermedie che stabilissero un anello di congiungimento. Ricercando come si dichiarasse la siflide primitiva, in nove si iniziò con ulcere molle in due con esordire di apprezzamento difficile e discutibile.

Queste mie poche osservazioni risguardanti la siflide in rapporto colla corneite punteggiata, ed irite sifilitica, se da una parte collimano con le dottrine di alcuni sifilografi, con altri si trovano in completa opposizione. Questa malattia virulenta è stata ed è il teatro delle più dissenzienti opinioni, in esso si scorge un grande numero di pubblicazioni contraddittorie, rilevasi l'idea di lotte scientifiche. Ci basti citare fra tanti, i nomi di Baumès, Cazenave, Cullerier, Diday, Ricord, Vidal de Cassis Melchiorre Robert, Rollet, Bumstead, e fra i nostri sommi Albertetti, Galligo, Gamberini, Pellizzari, Sperino, Scarenzio. Chi non muove da idee prestabilite, persuadesi con ciò agevolmente, quanto sieno grandi le difficoltà per rintracciare anco l'elemento sifilitico primordiale e conoscere la filiazione di tutti i fenomeni morbosi: e tanto più allorchè non trovansi spianati all'evidenza alcuni punti dottrinali per differenza di pareri di uomini che con il loro ingegno e loro situazione sono alla portata di darne giudizio. In antitesi con alcuni posso io in ordine di tempo attenermi alla divisione di fenomeni sifilitici già antica nell'istoria della medicina, con tanto ardore riprodotta e difesa da Ricord? Potrò io annoverare la corneite

punteggiata ed irite sifilitica sempre fra le successioni secondarie? Potrò appellarlo fenomeno di transazione? Qual vantaggio abbiamo praticamente da questa divisione? A me pare che il forzarsi di dare leggi fisse e limiti alle varie manifestazioni della Lue, tanto in ordine cronologico che nell'anotomo-patologico, come si fece e si fa tutto di, sia veramente una ricerca minuziosa che la natura non sancirà giammai.

Ripeterò con Ricordi nelle sue annotazioni all'opera di Bumstead: in Medicina non devono professare dottrine assolute, in essa non vi sono leggi immutabili; in questo campo la natura sfugge appunto allora quando cerchiamo di tradurla in codice. Sia nostra guida il grande canone di medicina, che le vere basi della dottrina e della pratica sono l'osservazione e la giusta interpretazione dei fatti, principio pieno delle più grandi difficoltà, vuoi per differenza di intelletto, vuoi per mancanza di esatte cognizioni, vuoi per idolatria di sistemi.

Le corneiti punteggiate tennero la durata di malattia cronica, sono state primitive, e consecutive all'irite, con successioni morbose dipendenti dal processo infiammatorio, come ipopia, astresie complete ed incomplete pupillari, sinechie, distacchi retinici per effusione sierosa, ecc. L'irite sifilitica fu la principal causa delle punteggiature corneee posteriori ed in essa non mi fu dato ritenere quali caratteri specifici, come sostiene il Veller, il colore rosso pallido scleroideo, o *briqueté* come dicono i francesi, nè la tinta *cuvrée*, di Muller, nè le piccole escrescenze o condilomi di Ber, nè le forme eruttive di Tavignot, nè le pretese ulcere dell'irite sifilitica di Frebelius, nè la portata in alto della pupilla secondo Mackensie, o in dentro secondo Sichel, o in alto ed in fuori secondo Beer. La teoria delle deformazioni, colorazioni, escrescenze non può più riportarsi alla specificità della causa, ma alle gradazioni flogistiche, ai differenti punti di sede, alle sue evoluzioni, ai suoi esiti.

La corneite punteggiata si presenta sola, ora complicata, come dissi all'irite superficiale e profonda. Trasandasi di menzionare la interstiziale o media primitiva includendovi solo la consecutiva con processo invadente progressivo dalla superficie anteriore dall'avanti all'indietro, o dalla superficie posteriore dall'indietro all'avanti. Assicurato dai mezzi di

esplorazione che oggi l'oftalmoscopia ci somministra, mi fu lucidamente manifesta in un caso. Percorrendo trattati di oftalmiatria si parla di ulcerazioni corneee a differenti sedi. Il Fischer, l'Ammon, il Quadri ci additano pure ulcere posteriori e il Nélaton nella sua patologia chirurgica ci descrive ulcere putiniformi. Si tace se le corneiti punteggiate sieno ulcerose. Non ha guari mi si offrì l'occasione di notare punteggiature posteriori sifilitiche che in qualche punto della cornea eransi riunite e mostravansi marcate con il più evidente infossamento.

L'andamento della cheratite in discorso fu in accordo con quanto se n'è detto; lento ed insidioso, e per formulare un concetto generico ora con sintomi di flogosi attiva (la più rara), ora forma torpida; modificazioni variate per un maggior o minore risentimento nervoso-vasale.

Ebbe le mie cure un giovane israelita affetto da punteggiature sifilitiche nella superficie posteriore della cornea rappresentate da punti grigio biancastri, simili alla punta di ago, appena avvertibili con il rischiaramento laterale, simulando un'ambliopia, non accompagnati da alcun cenno reattivo, non il più leggero grado di fotofobia, non epifora, non riflessi morbosi sulla membrana di Demour, non cerchio precorneo, solo un annebbiamento non spesso unito talvolta a miedesopsia o mosche-volanti. Un linfatismo, forze abbattute, nutrizione difettosa, tracce di sifilide pregressa, si rimarcavano, esclusa qualunque altra causa morbosa.

Dietro tale osservazione domandai a me stesso, se le punteggiature sempre esprimessero un fatto infiammatorio. Stando alla teoria tutta microscopica di Virchow abbracciata completamente da Stelwag-Von Carion come riportasi nel suo trattato tradotto in idioma italiano dall'eminente oculista prof. Quaglino dovrebbe ammettersi una proliferazione dei corpuscoli cornei, un intorbidamento del contenuto cellulare. Sono lontano dal parteggiare con Broca che nei tessuti non vascolarizzati non possono insorgere processi flogistici, non seguace del Castorani e Furnari che vorrebbero bandire dal quadro nosologico le cheratiti; il primo appellandole rammollimenti il secondo cheratoidi; non giungo all'opposto a persuadermi come tutti gli intorbidamenti cornei, per varia che sia la

forma e l'origine, debbano denotare una infiammazione o esito di questa. Vale moltissimo l'autorità del microscopio, che oggi la Medicina eminentemente apprezza perchè, con esso si rilevano in gran parte i primordiali fattori di un processo morboso: non sarà però l'ultima parola della scienza, se pure nell'arte nostra avvi mai sentenza senza appello. Riandiamo l'istologia fisiologica e patologica, vedremo come non tutte le parti sono con eguale luce rischiarate. Le quistioni sul solo cancro come ancora il vario modo di ravvisare la flogosi dai sommi anatomo-patologi Virchow e Lebert formino un solenne esempio in prova del nostro assunto. Lo stesso Lebert parlando del microscopio dice che « Le microscope peut être d'un » grand secours en pathologie; mais son rôle ne commence » que après les emplois des autres methodes susceptibles de » devuloir la nature des maladies.

» Aisi l'observation clinique sera toujours la base de la » pathologie. Elle restera le centre d'activité et le but de tous » les offert du vrai medicin desiderous de remplir la belle » tâche que lui assignait Hippocrate. »

Appoggiato ai principii di una sana patologia come potrà ritenere per un processo flogistico le punteggiature sifilitiche del nostro infermo non avendo alcuno dei più noti caratteri? Non si potrebbe piuttosto ravvisare tale entità morbosa per una metamorfosi regressiva degli elementi cellulari della cornea per le condizioni che si osservavano nell'ammalato? Siano di qualche valore al nostro raziocinio gli esperimenti di Magendie, le osservazioni di Truseau e di Velpeau sopra la cherato-malacia e processo ulcerativo della cornea in individui impoveriti di nutrizione e di forze. Infine aggiungo se *curationes, morborum, naturam ostendunt*, se alcune manifestazioni simili hanno un fondo patogenetico differente, se una causa morbosa identica, date predisposizioni organiche differenti, valga a produrre effetti morbosi relativamente diversi; non potrei dire con altrettanto vero, leso l'atto di nutrizione nei corpuscoli della cornea per effetto di una quiddità specifica in senso regressivo? Non potrei appellare opacità punteggiate per sifilide piuttostochè con un nome additante un processo flogistico?

Avendo fatto riflessioni sul caso occorsomi, non pretendo

di alzare il mio asserto ad una verità di fatto: devo solo tenermi nel cerchio di un opinamento; poichè dove non è certezza e rigore di dimostrazione veramente scientifica, non debbonsi oltrepassare alcuni confini, ed incombe circoscriversi in temperante dubiezza.

Riassumendo dall'istoria e dagli altri casi da me accennati posso dedurre:

1° Che la puntura degli ascessi dell'irite reca un reale vantaggio.

2° Che le corneiti punteggiate ed iriti sifilitiche possono essere ancora espressione di sifilide tardiva.

3° Che le corneiti punteggiate sifilitiche possono essere superficiali, interstiziali, profonde, o anteriori, medie, posteriori.

4° Che possono terminare in processo ulcerativo.

5° Che non tutte caratterizzano all'evidenza un fatto infiammatorio.

6° Che in alcuni si sono manifestate tra i 7 e i 10 anni dal primo attacco sifilitico, combinate a varie forme sifilitiche o a forma isolata.

7° Ha meglio trionfato un trattamento curativo misto che il mercuriale e lo iodico semplice.

8° Non devonsi finalmente neglimentare nella cura gli altri elementi morbosì associati al sifilitico, specialmente il linfatismo.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Del Simblefaro, e sua cura con le serres fines.

La istoria chirurgica esaminata nelle varie epoche di avanzamento, chiaramente ci addimosta che la varietà dei processi operativi accenna o ad un perfezionamento dell' arte, od alla sua insufficienza, o alle varie modificazioni che accompagnar possono il corso di una malattia. Tale è la cura del Simblefaro. Codosta malattia ha molto occupato la mente dei Pratici, e dirò con Nélaton (1) che l'operazione del simblefaro in apparenza semplice, è lungi dal fornirci sempre buoni risultati. È duopo lottare contro due cause d'insuccesso, la riunione

(1) Tomo III, pag. 31.

primitiva e consecutiva dei tessuti divisi, e la ulteriore retrazione della cicatrice; e nel caso della non riunione, cancellasi il solco oculo-palpebrale, e v'è tendenza al riprodursi della difformità primiera. Questa doppia difficoltà da superare dai chirurghi, fu causa della molteplicità dei processi operativi.

Una aderenza della superficie congiuntivale corneo-palpebrale di una, o ambedue le palpebre al bulbo dell'occhio, in cui può trovarsi compresa più o meno generalmente la cornea lucida, costituisce la infermità che appellasi simblefaro. Fu diviso in congenito, e acquisito, generale e parziale, mediato e immediato, ed anco secondo Chassaignac in tubulare, finalmente in anteriore, e posteriore. L'ultima divisione non sembrami razionale: poichè se lo anteriore esprime un giusto concetto del simblefaro, il secondo ammesso da Ammon di Dresda ha tutta altra condizione patologica, e differenti caratteri lo rappresentano. Questo è costituito da atrofia congiuntivale, da un ravvicinamento delle palpebre con fimosi, talvolta con xerofthalmia, e non ha risorsa alcuna nella terapia chirurgica.

La ferita della congiuntiva, e ulcerazioni per ragioni diatesiche, e locali valgono a produrre la malattia in discorso. Chassaignac parlando delle cause avverte, che ove i simblefari succedano alle ustioni, bisogni in allora stabilire una distinzione essenzialmente importante nella pratica: se cioè siasi compreso il cul di sacco congiuntivale, e l'aderenza si faccia a *pleines surfaces* come egli dice, non vi hanno ingegni per poterli dominare; se poi il cul di sacco venga preservato, avvi « une sorte de petite galerie dans le fond de laquelle la conjonctive aura conservé les propriétés normales » la Chirurgia ha potenza di uscirne vittoriosa. Prima di venire al caso speciale rianciamo di volo i vari trattamenti curativi proposti per il simblefaro, che riportati allo scopo finale, alcuni sono ineseguibili, alcuni insufficienti, altri adattati alla modalità del simblefaro, ed altri deformanti, qualcuno infine applicabile a tutte le fasi del morbo ma con incostanza di successo. Fino dai più remoti tempi osservaronsi le aderenze delle palpebre con il globo oculare; affine di distruggerle. Eraclide le distaccava ingiungendo all'infermo a muovere in ogni lato il bulbo dell'occhio per impedirne la recidiva. Si interposero corpi estranei tra l'occhio e la palpebra; le lamine di piombo da Bartich, un pezzo di

vescica da Callisen, di carta pecora da Solingen, un occhio artificiale da Demours uno strato d'avorio rammollito da Carron de Villard. Amussat previo il distacco impediva il processo adesivo con lo specillo. Desmarres con le grattages; Bernard e Huette tenevano allontanate le palpebre con i cerotti agglutinativi. La legatura semplice fu eseguita da Fabrizio Ildano, la doppia da Petrequin. Brulet sull'esempio di Rudförfier passava un filo semplice, e quindi uno di piombo per formare un tragitto fistoloso: Hunt di Manchester perforava da parte a parte, e la perforazione si manteneva aperta con la continua introduzione di una sonda; ambedue in ultimo ricorrevano alla distruzione del condotto artificiale. Vilde, e Hais di Filadelfia incidevano la briglia, e riunivano le labbra della ferita congiuntivale per mezzo di tre punti con fili di seta finissimi. Guérin incideva verticalmente la palpebra, e dopo aver ottenuto la cicatrice della separazione oculo-congiuntivale, ritornava a riunire la istessa palpebra divisa. Arti modificando il processo di Blandin utilizzava la superficie cutanea rovesciando in dentro la palpebra, e riunendo con sutura i margini della ferita della congiuntiva. Dieffmbach praticava due tagli verticali in ciascun angolo della palpebra aderente formando un lembo quadrangolare, producendo in pari tempo un entropio artificiale, e riportando tutto alla forma normale dopo aver ottenuto la cicatrizzazione delle falde palpebrali. Ammon in un simblefaro parziale circoscriveva con due incisioni a tutta spessorezza della palpebra con il lembo triangolare aderente, e quindi ravvicinate le labbra della ferita, e ottenutane la cicatrice disseccava il lembo lasciato, e la esportava.

Le prospettive di tutti questi processi aveva io in mente allorchè mi condussi a trattare il caso che son per narrare, ed in cui dirò a qual partito finalmente mi dovessi apprendere.

Il giovinetto Fini di anni 14 di robusta costituzione per arme da fuoco riportò una ferita di 3 millimetri circa nella parte inferiore della cornea destra, a cui seguì una cherato-congiuntivite. Per il che non esclusa una negligenza curativa, si stabilì l'adesione quasi completa della superficie interna della palpebra inferiore fin presso la cornea ferita: si abbandonò la malattia per qualche tempo, e infine si ebbe ricorso alle mie cure.

Distaccai perfettamente tutta la parte aderente, e consigliai al giovanetto muovere ripetutamente l'occhio, e portare all'infuori la palpebra, ed io a quando a quando dava superficiali passate di nitrato d'argento per favorire la cicatrice. Nulla-
meno eludendo tutte le precauzioni e rendendosi frustranea l'applicazione di tali rimedi toraò ad aderire la palpebra. Dietro questo fatto qual fiducia potevano ispirarmi tanti processi operativi ingegnosi? Mi sconsigliavano le varie sentenze dei pratici sopra la somma difficoltà di curare il simblefaro.

Il Fouché nelle sue belle annotazioni al trattato oculistico di Varton Jones scriveva: « le simblefaron est une des lesions, auxquelles il est plus difficile de remédier. »

Le autoplastie di Arlt, Guérin, Ammon e Dieffenbach mi avrebbero prestato valente aiuto per debellare sì fatta malattia. Una deformità non lieve era indivisibile compagna di tali mezzi. Dove è la semplicità di un processo che deve tenersi sempre a calcolo nella terapia chirurgica, e tanto più quando si aggira nella scienza oculistica affinchè si conservi la bellezza dell'organo visivo?

Furnari inventò una specie di uncineti chiamati *Serres fines* generalizzate da Vidal de Cassis eccellenti per la riunione di ferite cutanee situate in special modo in parti, dove cerotti adesivi non possano tenere in immediato contatto i margini della ferita.

Un tale ingegnoso strumento appariva acconcio al mio fatto pratico, e per quanto a me costò, non fu giammai da altri in simile contingenza adoperato: solamente Goyrand come lessi nell'aureo trattato delle malattie d'occhi di Deval usavane nell'entropio. Questo sembrami che potesse rispondere a tutte le fasi della malattia che andavo a combattere, e rendevasi superiore a tutti i processi fin ad oggi conosciuti.

Distaccata di nuovo la palpebra, applicai 3 piccole *Serres fines*, in modo che una parte dell'uncinetto corrispondesse alla ferita del solco-palpebrale, e l'altra alla superficie cutanea. In tal maniera ottenni un sufficiente allontanamento. L'andamento dell'atto operativo fu regolare, nè insorgenza di flogosi impedì di tenere in sito le *Serres fines*. Al 5° giorno le tolsi: al 9°, tornai a porle per altri 3 giorni perchè si avesse una più sicura risultanza.

Il Dott. Benedetto Baldassari osservò il mio giovinetto in perfetta guarigione. Il semplicissimo mezzo meccanico, e una guarigione incontestabile saranno un valido appoggio ai cultori dell'arte per sperimentare questa nuova applicazione, capace a vincere gli ostacoli di una malattia sì ribelle.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Dello strabismo divergente sifilitico.

Se avvi malattia che non rispetta non organo, non apparato, non sistema, non tessuto, non cellula dell'umano organismo, è da enumerarsi la sifilide. Questo proteo patologico può svolgersi in tutte le parti vestendosi con le più svariate forme. Anzi si potrebbe dire, e concludere con Kvraren, che « les affections syphilitiques égalent presque en nombre les espèces morbides de nos cadres nosologiques. »

Il sistema muscolare viene attaccato dal virus sifilitico, e non raramente, come ne attestano i più distinti siflografi. La contrattura, la retrazione, la paralisi, la reumatologia, la miosite, e i neoplasmi costituiscono le principali forme con le quali si appalesano le siflidi muscolari. Tali infermità lungamente ignorate, e appena sospettate dagli antichi, sono state da poco tempo conosciute. Astruc fu il primo che ne parlò non consegnandoci che vaghe indicazioni. Petit-Radel e Legneau le segnarono meglio. I siflografi pertanto che più di ogni altro intesero a questo studio, e promossero conoscenze più dettagliate, furono Filippo Boyer, Ricord, il Reynaud, il Notta, il Lebert, Bouisson, Virchow. Le opere di Vidal De Cassis, Robert, Patamia, Gamberini, Galligo non mancano di favellarne. Ma è giuocoforza confessare con Bumstead che la patologia sifilitica dei tessuti tendineo-muscolari è ancora in molti punti involuta da tenebre, hannovi molte lacune da riempire.

L'apparato oculare è sovente il teatro della infezione sifilitica; congiuntiva, cornea, iride, retina, coroide, periostio ed ossa orbitarie trovansi non infrequentemente colpite. I muscoli dell'occhio sono però più di rado influenzati, compara-

tivamente ancora fra tutti i muscoli del corpo. Infatti di volo ne parlano il Patamia, il Galligo, e in questi ultimi tempi qualche periodico.

Eccomi perciò al dettaglio di un caso speciale che ebbi a riscontrare in pratica.

Michele Prezelli di anni 45, romano, temperamento linfatico, di mestiere conciatore, verso il declinare della primavera dell'anno passato contrasse un'ulcere molle, sul di cui carattere non può recarsi alcun dubbio, per le accurate indagini che si praticarono. Tenendosi sull'orme di qualche dottrina si sarebbe proclamata l'assoluta immunità della lue. A tutto altro si attenne il principio contagioso, dopo 50 giorni dalla cicatrizzazione dell'ulcere, incominciò l'infermo ad essere travagliato da dolori reumatodi ora in un punto, ora in un altro, ma il più molesto mostravasi la neuralgia frontale esacerbante nelle ore notturne. L'infermo persuadevasi che tali sensazioni dolorose non fossero che le reumatiche, alle quali era soggetto, e che apparivano a quando a quando e le sopraggiunte quantunque più crudeli tenessero il seguito delle antiche. In pari tempo comparvero macchie lenticolari, la roseola sifilitica, qualche fastidio alla gola, probabilmente l'eritema.

Per questi suoi malori consultò qualcuno dell'arte, che consigliò una cura rinfrescante; e sembrava che il medico avesse colto nel segno, come non si avverasse il fatto delle tregue delle malattie veneree, e quella legge sifilografica che nel loro svolgimento tengono talvolta una serie di cicli patologici con intervalli di apparente salute, senza che siasi ottenuta una radicale guarigione. Onde è che dopo un decorso di cinque mesi ritornano in scena una eruzione lichenoidale, arrossamenti alla gola con granulazioni e difficile deglutizione. Segue il medesimo andamento in malattia, si nasconde per mostrarsi in altra epoca con attacco più grave.

Fu l'occhio sinistro dove i sintomi tardivi della sifilide si pronunciarono, un dolore erasi fissato nella direzione del canto esterno dell'occhio, mite, intermittente, quindi continuo recrudescente, e aggravantesi col decorrere del tempo, perdevasi la regolarità dell'asse oculare, e l'occhio si trovava in una deviazione esterna, e costante con diplopia. Il quadro sintomatico accennato si compiva nel periodo di settanta giorni.

Il Prezelli domanda un soccorso dall'arte, e gli viene prescritto una decozione di china e valeriana, e in prossimità della parte ammalata una frizione spiritosa. Sconfortato di non aver ottenuto alcun giovamento, venne a consultarmi.

Mi fece l'istoria di tutte le sue sofferenze, ed io aggiunsi un esame di tutto l'apparato dell'occhio se mai esistessero prodotti omologhi o eterologhi nella cavità orbitaria o nelle sue pareti valevoli a stabilire lo strabismo; nulla di tutto ciò. Procurai di muovere il bulbo, e dirigerlo in altra parte, fu del tutto impossibile, aumentasi il dolore con tal tentativo.

Il diagnostico doveva riportarsi ad una lesione del muscolo retto esterno. Due malattie potevansi sospettare, o un reumatismo semplice del muscolo, o il sifilitico. In ordine di diagnosi l'arte ci addita quattro criteri; l'elemento causale, il quadro sintomatico tanto obiettivo che subiettivo, l'ordine di successione morbosa, la terapia. Quantunque l'infermo non presentasse fenomeni morbosi di transizione come alcuni pretendono che debbano esistere nella evoluzione sifilitica, non altri sintomi tardivi, appena accennate le adenopatie cervicali posteriori; pur tuttavia riflettendo all'esistenza dell'ulcere, al carattere del dolore, e come erano svolti, e succeduti i sintomi, propendeva per una malattia sifilitica del muscolo. Forse la causa reumatica non sarà stata del tutto estranea perchè la diatesi sifilitica si svolgesse con tale forma. Cause generali, e locali si prestano alla localizzazione di alcune infermità con tal procedimento che talvolta si determinano forme miste, o dette combinate, tal altra semplici e genuine.

AmMESSO un reumatismo sifilitico, quale la modalità? Una contrattura, una retrazione, una miosite, o una gomma esprimendosi secondo Ricord, o un sifiloma adottando il linguaggio di Wagner? Malattia infine puramente funzionale, o organica?

Ci valga il tempo in cui si è stabilita la malattia, affinchè debba tenersi molto probabile l'esistenza di una contrattura; e dissi probabile: poichè le enumerate infermità possono esprimersi con lo spasmo tetanico del muscolo. Le osservazioni di Buisson e Virchow confermano il mio asserto: è

perciò sommamente difficile in atto pratico fare rilevare le differenze. Questo solo esempio provi quanto è falsa l'asserzione di Bosquillon coll'annunciare la diagnosi delle malattie veneree essere sommamente facile. Ad ogni passo dobbiamo persuaderci di una verità che se alcune differenze morbose appariscano chiare ed evidenti nella lettura dei grandi maestri, e nel silenzio dei gabinetti, queste al letto dell'infermo sono ardue, e talvolta impossibili a comprendersi; e per non oltrepassare i dettami di una severa logica è duopo avventurare un diagnostico probabile che un determinato ed evidente.

Data la contrattura possono insorgere varie domande. La causa sifilitica avrà agito sopra i nervi sensitivi o motori, o sopra l'elemento contrattile? Sopra la porzione muscolare o sopra la tendinosa? su tutto il tragitto, o porzione di esso? sul tessuto connettivo involvente la fibra, o sopra molte parti del muscolo? Finchè non saranno più avanzati alcuni studi fisio-patologici, se pure si potrà giungere e realizzare alcune minute indagini, non è dato rispondere. « *Melius est sistere gradum quam progredi per tenebras.* »

Essendosi pertanto ritenuta l'infermità sifilitica una contrattura, si sottopose l'infermo ad un trattamento specifico, ad una cura mista iodica mercuriale e ad un decotto depurativo. Nel decorso di trenta giorni l'occhio andava a riprendere la sua direzione, vedevasi scomparire la diplopia; e ne consigliai a continuare la cura per assicurare una guarigione.

Tracciai questa istoria al solo scopo di aggiungere un esempio alla rarità dello strabismo sifilitico, e provare come possa essere difficile una distinzione da una contrattura reumatica, benchè quest'ultima sia estremamente difficile a presentarsi nei muscoli dell'occhio.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Del varicocele operato col processo di Chassaignac, modificato dall'autore.

Quanto più la Medicina avanzò nello studio di anatomia patologica, tanto più si poterono conoscere alcune entità morbose, seguirne l'andamento, apprezzarne le terminazioni.

La flebite ne porge l'esempio. La conoscenza di tale infermità ci valse per spiegare alcune generali alterazioni, e in pari tempo addimostrò ai chirurghi con che circospezione debbansi portare i processi operativi sopra il sistema venoso.

Il varicocele che viene costituito dalla dilatazione delle vene del cordone spermatico, è molto frequente, e presentasi ora con forma mite, ora con forma grave: e le cause che valgono a produrlo, agiscono in due differenti maniere; le une arrestando un ostacolo alla circolazione venosa, le altre determinando una irritazione delle vene, e un afflusso assai considerevole di sangue verso gli organi genitali.

Da un giusto apprezzamento della etiologia sorge una razionale applicazione di terapia.

Può operarsi qualunque varicocele?

Il chirurgo deve esaminare due elementi principali; il grado d'innocuità dell'operazione e il grado di gravità della malattia. Ravvisata la medicina operatoria sotto questi due punti di vista, si verrebbe alla conclusione che l'operazione del varicocele, al dir di Vidal De-Cassis se ai tempi di Boyer, e di Cooper si doveva rigettare specialmente nelle forme benigne; stante i progressi dell'arte, qualunque varicocele si potrebbe operare. Ora mi permetterò di formulare un concetto generico, e di guardare le operazioni sotto un triplice aspetto, di compiacenza, di necessità morale, di necessità fisica. Svolgiamo l'argomento in discorso.

Spesso ai chirurghi presentansi infermi affetti da varicocele accompagnato da nessuno o leggiero fastidio. Quivi può avere luogo una operazione di compiacenza? La medicina in tale stato non deve che consigliare i mezzi più blandi, un sospensoio, bagni freddi locali, qualche stitico, e allontanamento di cause che

possono favorire la dilatazione venosa. Il pericolo della flebite che o con l'embolismo o con la pioemia, o con la septicemia possa originare le più funeste conseguenze, deve allontanare un coscienzioso chirurgo da qualunque atto operativo. Rammentiamo il caso di Pelettan, che avendo eseguito una operazione di compiacenza, l'infermo precipitò verso il suo fine, e pria di morire rammassando tutte le sue forze e sollevandosi dal letto di morte, lo rimproverò che debolmente aveva ceduto alle sue istanze. E la pratica non ci ammaestra di qualche caso disgraziato rapporto al varicocele senza ragioni sufficienti operato? Il Nèlaton dice in proposito che—un chirurgien prudent ne devra pas courir de chances, minimes qu'elles soient, à un malade pour le guérir d'une affection qui ne cause qu'un petit malaise.—In Chirurgia la legge umanitaria deve essere sommanente imperiosa.

Nel varicocele può esserci una operazione di necessità morale, vuoi per ragioni d'interessi, vuoi per una male intesa impressione della infermità sul carattere morale. Anni or sono ebbi a prestare le mie cure ad un giovanetto per tal malattia, che, quantunque non fosse associata a forti disturbi, pure il solo pensiero di avere una deformità nelle sessuali parti, e di essere costretto a seguire alcuni semplici soccorsi terapeutici, aveva talmente preoccupato il suo spirito che la vita ogni giorno diveniva penosa, minacciava una forte ipocondriasi, temevasi ad ogni istante della sua esistenza. Persuasioni non valsero, e fui obbligato, per non essere spettatore di gravi sconcerti i ad operarlo e guarì del male fisico e morale.

Quando la malattia è giunta ad un certo grado, e che si è fatta insopportabile per gli intensi dolori ai quali dà luogo, o quando incessanti progressi fanno temere la perdita del testicolo per una minacciante atrofia, ne sorge una operazione di necessità fisica.

Il giovane Giuseppe Barilani Romano, di cui tocco l'istoria si trovava in sì crudele posizione.

Forti dolori associavansi allo stato varicoso delle vene del cordone spermatico sinistro, spesso impossibilità di stare in piedi, somma spossatezza, animo gravemente perturbato. Questo fatto è in appoggio alle osservazioni di Landuzy che i varicoceli sono per lo più a sinistra. Sperimentati invano alcuni

tentativi terapeutici dal Professore Tropea, si determinò ad operarsi, ed io sono chiamato a tale scopo.

Quale lunga serie di mezzi cruenti ed incruenti non ha adoperato la chirurgia per questa infermità! Non parliamo della castrazione, mezzo barbaro degli antichi, nè della cauterizzazione con il caustico attuale, nè della legatura dell'arteria spermatica nè della sezione delle vene fra due legature, nè del setone per mezzo di fili passati a traverso le vene istesse. Tutti questi vecchi processi costituiscono una medicina operatoria molto pericolosa, e giustamente riprovata.

Una via più razionale si incominciò a percorrere, e sursero compensi terapeutici con più sano criterio combinati. L'agopuntura semplice, l'elettrica, l'iniezioni coagulanti con l'istromento di Pravaz, la escissione della pelle proposta da Cooper, preconizzata da Key e da Vatson, la invaginazione dello scroto di Lekman, la sezione delle vene di Brodie, la cauterizzazione potenziale di Laugie favorita da Bonnet, Filipeaux, Rigaud, la compressione di Brechet, la pressione con il suo *bandage à levier* di Curling, la legatura delle vene, previa la incisione della pelle, di Celso, che la eseguivano specialmente Home e Delpèch. Il metodo della legatura fu a preferenza apprezzato presso i moderni, e si ebbero le modificazioni di Devat, imitato da Velpeau, e Jobert de Lamballe; di Ricord, di Reynaud, di Gagnabè, di Luke con lo spillo passato fra le vene per mezzo del suo istrumento a *fistule*, e il rotolamento delle vene del cordone spermatico per opera di un filo di argento intorno a due aghi posti uno avanti, e l'altro dietro le vene varicose, di Vidal de Cassis. Non si trascurò infine di escindere le varici spermatiche da Petit, e da Verren.

Tanti rimedii proposti non mostrano la insufficienza per superare una tale infermità? E il Nèlaton svolgendo la questione delle recidive confessa—qu'elles sont extrêmement fréquentes, et elles ont été observées à la suite de tous les procédés—e il Chassaignac egualmente:—il faut bien reconnaître que tous les procédés modernes pèchent pour la plupart par insuffisance d'action—Calcolando qual vantaggio abbia recato nel vasto campo della chirurgia operativa l'applicazione dell'*Ecraseur*, e che tutto giorno ottiene brillanti successi, e concorre potentemente ad allontanare i pericoli di una flebite, ed anco le recidive

della accennata malattia e favorire il processo della cicatrizzazione, si prescelse da me il processo di Chassaignac con qualche modificazione.

Preparati gli aghi retti della lunghezza di 7 in 8 centimetri, resistenti, altri aghi, fili, l'écraseur, e tutto ciò che era necessario per la medicatura, fu l'infermo collocato in adattata posizione, e cloroformizzato dal mio collega Prof. Gentili. Ottenuta la anestesia, esegui una incisione longitudinale della pelle incominciando in prossimità dell'anello inguinale, e la prolungai fin presso il testicolo, e la distaccai lateralmente per un buon tratto. Assicuratomi bene del canale deferente passai 3 aghi retti avanti a questo canale, e dietro l'intreccio venoso; fattili quindi sollevare per opera del giovane chirurgo Barberi, passai al di sotto l'écraseur, e lo strinsi gradatamente, e nello spazio di 18 minuti si esportò un masso di vene varicose. Il Chassaignac comprende nella esportazione ancora la pelle; ma parmi che talvolta possa conservarsi nel solo caso che essa non trovasi molto allungata, come era presso il Barilani, ed anche perchè si va sempre più a sfuggire il pericolo di una flogosi flemmono-erisipelatosa. Non si ebbe emorragia; e dopo di aver atteso qualche tempo, riunii la pelle con punti di sutura nodosa, e feci una medicatura a piatto. Per opporsi ad una reazione si applicò il ghiaccio, e l'infermo non soffrì nulla che disturbasse la cicatrizzazione; solamente fuvvi un leggiero grado di vaginalite con versamento sieroso, che fu risoluto con pomata mercuriale, e due punture.

Con tale operazione scomparvero le neuralgie, il malato riprese le sue occupazioni, e il testicolo non ebbe a soffrire sinistri effetti.

Concluderò che non tutti i varicoceli debbansi operare, malgrado il consiglio di Vidal de Cassis; il processo di Chassaignac con più sicurezza allontana i pericoli di una flebite, conduce con più certezza ad una guarigione radicale, e la pelle può conservarsi senza perdere il vantaggio che può aversi con la sua esportazione, facendo quasi l'ufficio di sosensorio, quando non vi abbia un soverchio allungamento.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Trattamento autoplastico di una fistola lacrimale.

Chi si pone a studiare la fistola lacrimale non può non ravvisare una verità di ragioni causali, una molteplicità di contingenze morbose. Avverasi quel canone fondamentale di medicina che quanto più si svolgano i momenti patologici che possono appartenere ad una infermità, e si esaminino tutti gli elementi costitutivi, tanto più apresi una via maggiormente ragionevole per un accurato diagnostico, e uno scopo più sicuro raggiungesi dal lato terapeutico. Lontano dal trattare il tema generico dell'accennata malattia, mi restringerò al solo caso clinico.

Giovanni Andreucci, giovane di 25 anni, temperamento sanguigno nervoso, di buona costituzione, calzolaio, si espose ad una corrente d'aria fresca in un giorno di luglio 64 e dopo 24 ore circa fu colpito da una congiuntivite catarrale sinistra e di ingorgo al canto interno dell'occhio, con grave dolore. Con semplicissimi mezzi si calmò la flogosi congiuntivale; e perdurava nulla meno il fastidio nel luogo della tumefazione. Continuando in tale stato, qualche giorno dopo varie esacerbazioni venne a determinarsi un'apertura spontanea, e n'uscì una sufficiente quantità di marcia. Con alternativo andamento di chiudersi, e riaprirsi, e formarsi di ascessi, la malattia già contava vari mesi. Infine l'ammalato, affidandosi ad un chirurgo, che riscontrò una fistola lacrimale, si operò con il processo di Scarpa. Ad onta che tenesse 5 in 6 mesi il chiodo del celebre chirurgo di Pavia, la fistola fu renitente alla oblitterazione, ripetendosi raccolte marciose. Abbandonato qualunque trattamento curativo per circa un anno, tornò poscia a ritentare qualche altro soccorso, e venne a consultarmi.

Dall'istoria che tracciò l'infermo si poté riassumere questo concetto: sulle prime dacriocistite reumatica con forma blennorragica, quindi ascesso lacrimale, e in fine una fistola. Le condizioni della parte si riportavano alle seguenti; libere le vie di escrezione riscontrate con il cateterismo ed iniezioni, cute corrispondente al sacco lacrimale talmente assottigliata

che si rassomigliava al più esile velamento, ed un pertugio da cui refluivano lacrime commiste a secreto puro lento.

Quale indicazione curativa dovevasi fissare? In simili con-tingenze si volle altre volte da me praticare la cauterizza-zione alla maniera di Devat, e otteneva una cicatrice sì, ma con rilevante infossamento, una epifora costante, e in qualche ammalato un leggero ectropio del corrispondente margine paldebrale.

La chirurgia plastica aveva già estesa la sua applicazione alla chiusura di alcune fistole. A Cooper, Velpeau, Dupoytren, Roux, De Ammon e Dieffenbach ed altri seguirono questa via con brillante successo: e l'istesso Dieffenbach cercò di chiudere una fistola lacrimale con un processo autoplastico. Quan-tunque il tentativo del chirurgo di Berlino rispondesse al fatto, egli pertanto non stabilì le ragioni di una sana appli-cazione. Poichè fu guidato a mettere in pratica un tal metodo per il solo motivo che i vari rimedi propinati a guarigione della fistola lacrimale il più delle volte mostransi insufficienti. Condotta non giustificabile. Il Chassaignac meglio n' ideò il concetto e pubblicò un fatto clinico. In seguito gli oculisti si tacquero, rispetto a questo mezzo, forse perchè è molto facile una recidiva per un infiltramento di lacrime a traverso la ferita; e perchè la pelle alla regione del sacco lacrimale è sommamente disposta alla infiammazione erisipelatosa, assu-mendo non di rado il carattere flemmonoso. Tali riflessioni mi tenevano perplesso per decidermi ad un partito. Unica risorsa nel mio ammalato non poteva adunque essere che la oblitterazione del sacco col caustico, e vedere gli stessi incon-venienti che osservai negli altri infermi. Le pochissime espe-rienze che si ebbero dall'autoplastia, rispetto alla fistola lacrimale, non sanzionavano il suo disvantaggio, e mi inco-raggiavano a ritentarla, appoggiato a quella verità pratica che non sempre le prevenzioni basate sopra alcuni raziocinii sono rializzate in medicina, e che la scienza nostra progredisce in forza di opposizioni. E pertanto trovandosi l'Andreucci con una pelle così assottigliata, si scelse il processo autopla-stico per la chiusura dell'apertura fistolosa.

Preparati alcuni aghi fini da insetti, e tutto ciò era neces-sario per l'esecuzione d' l'atto operativo e la medicatura, fu

posto a sedere l'infermo dicontro ad una finistra. Escissi tutta la pelle assottigliata e vedevasi a nudo il sacco lacrimale con non lieve perdita di sostanza. Quindi tracciai con il lapis dermatografico il lembo cutaneo, in modo che la linea superiore corrispondesse presso il tendine del muscolo orbicolare e la inferiore due linee e mezzo al disotto, la quale si prolungò un poco più in basso del margine orbitale inferiore, ed estesa la linee quattro circa, la riportai verso il sacco. Accortomi che il lembo quasi ovale sorpassava in estensione un poco tutta la perdita della pelle della regione lacrimale, venni al distacco del lembo piuttosto spesso, e lo condussi dirimpetto l'apertura, facendogli eseguire una leggiera inclinazione. Quindi procurai di separare la pelle sottostante al lembo, per fissarla al margine inferiore di esso affinchè si allontanasse una maggiore deformità. Assicuratomi bene che fosse sospesa la leggiera emorragia, passai i tre aghi da insetti in modo da formare una sutura attortigliata, e qualche lista di tafettà per meglio combaciare i margini del lembo. Apposi una pezzolina di tela, e un qualche giro di fascia a monocolo. Dopo 48 ore si tolsero gli aghi, poichè il processo adesivo erasi quasi compiuto, continuando per altro a tenere liste di cerotto gommoso. Non si ebbe a deplorare alcun sinistro accidente, e dopo 10 giorni l'infermo si trovava perfettamente risanato della fistola. E le varie volte che è venuto a ritrovarmi, sempre più mi sono certiorato della sua guarigione, e la confermarono i giovani chirurghi Giorgini e Zevi. Parmi di poter concludere che unica circostanza in cui è razionalmente applicabile il processo autoplastico indiano nella fistola lacrimale possa essere allorquando la pelle sovrapposta al sacco, sia sommamente sottile, non capace di processo adesivo.

Questo fatto non costituisce un principio di direzione pratica e solo valga come un addentellato a qualche altro esperimento.

Doppia uretrotomia con litotrizia del calcolo.

Angelo Zanchini, quarantenne, falegname, da quindici anni accusava impedimento nell'urinare ora con sintomi d'iscuria, ora di stranguria, ora di disuria per restringimenti uretrali

originati da ripetuti attacchi di blennoragia. Nelle differenti epoche della invasione morbosa, con un metodo antiflogistico più o meno attivo riparava al suo stato sofferente. Torna nuovamente una violenta spasmodia, e l'urinazione è completamente sospesa. Chiamato a prestargli soccorso, lo trovo con il seguente quadro sintomatico. La vescica era distesa per accumulo di urina a tre dita trasverse sotto l'ombelico, una tumefazione piuttosto dura esisteva nella regione perineale, che seguita con il riscontro rettale si prolungava fino alla prostata quasi niente dolente, e dietro forti pressioni non rilevavasi punto alcuna fluttuazione da far sospettare un ascesso o purulento o orinoso, cateterismo impossibile adoperato a differenti maniere; appena si poteva spingere una minugia di 2 millimetri nel principio della porzione bulbo-vascolare dell'uretra, marcando un restringimento valvulare; e in pari tempo perceivasi una sensazione di scabrosità, rumore di raspa in tutto l'ambito della coartazione, quale si andava a continuare sempre più coll'intromettere la minugia al di là della stenosi uretrale. Ponendo in disamina tutti i segni sopraccennati, era d'uopo riportarsi al diagnostico di una pietra con restringimento; e quivi dirò con Civiale, che quando un calcolo ha luogo dietro un restringimento, il caso è grave, e può divenire imbarazzante per il chirurgo sotto il punto di vista terapeutico. « Dans les cas de rétrécissement infranchissable tout est vague, incertain, et embarrassant. »

Il pericolo in cui versava l'infermo, domandava urgenza di esecuzione. Nessun valore potevano nel mio caso presentare il cateterismo forzato di Desault, di Boyer, la cauterizzazione, l'iniezione forzata di Amussat, l'insufflazione, il tentativo del sospingimento del calcolo nella uricisti di Segalas, una dilatazione sia istantanea, sia progressiva con le candelette, sia con i dilatatori di Perreve, di Kelleter, o il processo di Mayor, la uretrotomia interna con i strumenti di Ricord, Bonnet, Thompson, Trélat, Rheibard, Maisonneuve, Charrière, del nostro Ricordi di Milano. Come essere dell'avviso di Civiale, allorchè consiglia « Quand le calcul est immobile, et pour ainsi dire enchâssé derrière le rétrécissement mon urétrotôme à olive très petite et surtout très-courte, l'instrument de Stafiort, ou celui de Dlepierris peuvent être employés dans ces cas avec avantage? » Come applicare

gli strumenti di estrazione di cui si sono serviti con varie forme il Ravaton, il Marini, Hales Honter, Amussat, A. Cooper, il Duse di Este, e qual vantaggio i litotritori uretrali che a tal fine proposero l'Albucasis, A. Pario Franco, il Fichier, ed a che i più perfezionati di Dubonisky, di Leroy, di Etiolle e di Mathieu? Una punzione sopra publica allontanava uno dei sintomi più salienti della ritenzione urinosa, ma restava quindi molto a farsi, e gravi operazioni. La regione ano-perineale era il punto dove doveva eseguirsi un atto operativo, luogo di necessità. Il taglio uretro-rettale di Leroy d'Etiolles, al dir di Philips, per il timore della fistola non rispondeva ad un brillante successo, il prerettale di Nélaton era vagheggiato da Demarquay.

Tutti i sopranotati mezzi di terapia erano insufficienti, e temibili per qualche sinistro accidente. La uretrotomia esterna, o sia la bottoniera tanto favorita da Vidal de Cassis, da Syme e Sedillot, tenuta in poco conto da Desault, Sabatier, Dupuytren, mi offriva le più favorevoli condizioni, e per il punto in cui esisteva il restringimento insuperabile, e per la ragione di una pietra probabilmente voluminosa. Siccome tutto non poteva prevedersi e quali eventualità si andavano ad incontrare, così si prepararono ferri di cistotomia, di litotrizia, sciringhe di varia dimensione, bistori e il resto che era necessario per l'operazione. Adagiato l'infermo come si dovesse eseguire il taglio perineale della pietra, ed assicurato da idonei assistenti, feci un taglio di due centimetri e mezzo nel perineo, dirigendomi più in basso che in alto, avendo per guida il calcolo; giunsi a scoprirlo coll'avvertenza di estendere la incisione cutanea, più della interna uretrale. Fu d'uopo allora che dovessi rivolgere una maggiore attenzione, e dietro accurate indagini esplorative mi avvidi, che il calcolo era scabro, e che uguagliava in grandezza un uovo di piccione, di figura ellissoide estendendosi verso la porzione prostatica, e in alto alla bulbosa; e la cavità dell'uretra appariva oltremodo dilatata con ispessimento di pareti ipertrofiche. Altro fatto in opposizione alle idee di Décamps, il quale non ammetteva che l'uretra fosse capace di una elasticità, e dilatazione rimarchevole: ed a proposito il Philips rispetto all'uretra membranosa conferma che essa si lascia distendere molto allorchè la dilatazione

si fa con lentezza. Per non far un lungo taglio, o superiormente o inferiormente ebbi l'idea di associare la triturazione del calcolo: ed infatti divaricata la ferita per mezzo di errine dal dott. Marco Armellini, potei con il litotritore a cucchiaio ridurlo a pezzi senza incontrare forti difficoltà. Estrassi di poi i minuti fragmenti, uno dei quali mi provava il suo allungamento nella prostata, e per la ferita stessa giunsi a vuotare con una piccola siringa da donna la cisti urinaria. Rimaneva il restringimento a superarsi. Due erano i modi, o un prolungamento in alto del taglio esterno, o una uretrotomia interna. A dire il vero il timore di una emorragia dal lato della parte bulbosa, che che ne dicano i trattatisti, che ella sia di poca importanza, mi condussi a propendere per il secondo. Aveva nell'apparecchio il primo uretrotomo di Maisonneuve e di questo mi servii: ed introdottolo con l'estremità olivare sentii che non si poteva oltrepassare l'ostacolo, ma fatte alcune pressioni si distaccarono incrostazioni calcaree contornanti il pertugio del restringimento, ed in allora mi trovai nel dominio del punto ristretto, e con un taglio a giusto divariamento della lama verso la superficie inferiore, ottenni un sufficiente dilatamento. Fu posto l'infermo nel suo letto, e dopo circa una mezz'ora passai una siringa di gomma elastica di medio calibro fissandola, e raccomandando di tener ravvicinate le coscie e semiflesse. La maggior parte dei chirurghi consigliano oggi di lasciare una sonda flessibile dopo le sezioni del canale uretrale due, o tre o quattro giorni al più; e giustamente il Bumstead, il Caudmot, Dolbeau ed altri ne fanno un precetto abbastanza importante per allontanare una facile ulcerazione della mucosa, e delle parti sottostanti. La ferita perineale fu lasciata a se stessa senza alcuna medicatura. Non insorsero sintomi inquietanti, non febbri irritative, nè suppurative, nè uremiche, nè alterazioni locali.

Il processo di cicatrizzazione progrediva regolare, e in ogni giorno marcavasi la riduzione dell'uretra. Poco prima di un mese si ottenne una completa chiusura, allontanato il timore di una enuresi e le urine ripresero con piena libertà le vie naturali. A qualche intervallo di distanza non omisi passare candelette, contro il pensiero di Syme, per mantenere viepiù larga la parte operata, avuto riguardo alla facoltà retrattile del tessuto cicatriziale.

Fin dai più remoti tempi erasi combinata la litotrizia alla cistotomia a pietra voluminosa. Ammonio che viveva ai tempi di Erasistrato, prese questo provvedimento, pratica tenuta in conto da Celso, Franco Pareo, Andrea della Croce, da Licat Marco Marchi, dal Porta, Menici, Dupuytren, Dubois, Buisson, Petrequin, Rizzoli, Pecchioli, ma a preferenza la confermarono con i loro strumenti il Malagodi e il Fabri; e dirò con il celebre Burci come lo addimosta nelle sue auree lezioni sulla cistotomia, che gli italiani hanno avuto la maggior parte in tale perfezionamento. La litotrizia erasi applicata eziandio ai calcoli uretrali, quando non si potevano estrarre in una uretra libera, o in una ristretta, previo uno sbrigliamento interno; ma non si era estesa e congiunta con la bottoniera. Il dotto clinico prof. Landi nel suo rendiconto, che ha per titolo *Clinica chirurgica dello spedale di Santa Maria della Scala di Siena, anno 1860-1861*, ci fa conoscere che avea concepito di unire le due operazioni, se nel suo infermo tra il corpo estraneo, quantunque piccolo, e l'uretra non fossero stati tanti intimi rapporti. Perchè fin ad oggi il silenzio? o perchè il più delle volte il calcolo è piccolo, o perchè non si è giammai temuto un taglio perineale esteso a calcolo uretro-prostatico. A mio parere, quando si possono risparmiare lunghi tagli senza che vengano punto alterate le condizioni che deve avere in vista il chirurgo, la facilità e la sicurezza dell'atto operativo con le sue conseguenze finali, sia pratica vantaggiosa, tanto più nella via uretrale dove devesi procurare una minore estensione di tessuto inodulare, e meno lesione alle potenze muscolari che presiedono al libero corso delle urine; ed è perciò che volli ancora preferire la incisione interna del restringimento.

Quando avvi adunque una pietra voluminosa, e con alcune particolarità come si avevano nel mio infermo è metodo razionale la doppia uretrotomia con la litotrizia del calcolo, ma però deve considerarsi come eccezionale.

Avendo parlato di doppia uretrotomia accennerò in poche linee altro fatto importante.

Valentino Valentini, saponajo, di anni 50, viene travagliato da difficoltà di urinare per restringimenti. Sorge una iscuria, e la vescica trovasi oltremodo distesa. Desolato domanda il mio aiuto: Ecco il suo stato. Esisteva un restringimento valvolare

nella fossa navicolare, e penso ad inciderlo previa la cloroformizzazione. Aveva sede un altro nella estremità della porzione bulbosa, e mi conduco egualmente. Sperava di aver terminato, quando giungo a rilevarne un terzo che era cilindroide, ed occupava il mezzo dell'uretra membranosa con marcato cordone nella regione perineale. Stretto di necessità di dover nel momento decidermi eseguisco la bottoniera assistito dai dottori Ortolani e Settimi. Sulla guida di uno sciringone piccolo faccio un'apertura perineale al disopra del restringimento, e quindi introduco come praticava Coulson uno specillo scanellato lungo la parte ristretta oltre un centimetro, e ne faccio completa incisione. Vuotata la cisti urinaria per la via artificiale, passo una siringa di media grandezza, e la lascio a permanenza prevalendomi in questo caso del consiglio di Vidal de Cassis. Risanò perfettamente lo infermo, raccomandandogli di non tralasciare una passata di candeledda di 20 in 30 giorni. Tutti i buoni pratici danno questo rigoroso precetto allorchè si operano restringimenti sia con l'uretrotomia interna, sia esterna, sia che vogliansi riunire le due operazioni.

Quantunque le operazioni da me eseguite abbiano il fatto parlante del successo, pure terminerò con una fondata sentenza di Morelle Lavellé « non avvi questione tanto complicata quanto la terapia dei restringimenti uretrali. »

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Cheiloplastia del labbro inferiore e stomatopoesi.

La perdita totale, o parziale delle labbra è una delle più schifose infermità che possa colpire l'umano aspetto e svariate malattie valgono a produrla, per ragioni sieno fisiche, chimiche, od organiche. Fin dai più remoti tempi se ne ideò una riparazione; ma per riassumere un concetto dottrinale fa d'uopo giungere fino a Gaspare Tagliacozzi che parlò *de restaurationem laborum*. Delpech, Lallemand, Dupuytren, Dieffenbach, Textor, tentarono il metodo indiano. Ora il me-

todo di Celso riprodotto sotto il nome di metodo per sdruciolamento da Franco, risponde il più sovente alla chirurgia plastica labiale e le principali varietà che ne sursero, si possono ridurre a quelle di Horne, di Chopart, di Roux, di S. Massimino, Malgaigne, Lisfranc, Syme. Ripeterò con Velpeau che « c'est une opération qu'il faut modifier presque aussi souvent, qu'on pratique. » Nell'anaplastia faciale sommo deve essere lo studio per raggiungere il ritorno del bello fisico, onde possa sempre più ravvicinarsi al normale, ed è per ciò che nel caso che sono per tracciare, l'applicazione del processo di Syme con qualche modificazione, sembravami il più rassicurante, siccome quello al quale, come ne asserisce Alfonso Guérin « quand il faut restaurer une grande étendue de la lèvre, il n'en est aucun, en effet, qui lui puisse être comparé » principalmente per le linee oblique per le quali si perviene alla costruzione del labbro inferiore, e colle quali sommamente si allontanano i timori del suo abbassamento.

La giovinetta Maria Oliva di Piperno, dodicenne, di buona costituzione, nell'età di tre anni cadde nel fuoco, e riportò una scottatura di terzo grado. Quasi tutto il labbro inferiore fu distrutto con raggrinzimento e strettura buccale, che potevasi rassomigliare ad una V. Condotta in Roma per consultarmi se era eseguibile un'operazione, manifesta vidi la indicazione di una plastica.

Preparato tutto ciò che può essere necessario, fili di sutura, aghi, coltelli, forbici, mezzi emostatici e medicatura, ecc., con la cortese assistenza dei dottori Adriano Ballanti e Giorgini m'accinsi all'atto operativo. Posta l'ammalata in letto e sollevata la testa con cuscini, praticai un'incisione a forma di V, le di cui branche partissero dalle sue commessure della bocca, e si riunissero al di sotto del solco mento-labiale, però modificando la direzione dei due tagli obliqui di Syme in linee leggermente convesse per meglio adattarsi alla conformazione del labbro: quindi feci un altro V la di cui sommità si fondeva con quella del primo, o, per essere più chiaro, prolungai le due prime incisioni verso il bordo inferiore della mascella, in modo che queste rappresentassero un X: sull'estremità dell'X tracciai un'incisione orizzontale lunga quattro centimetri circa. Giunto a tal punto dell'atto operativo, distaccai

l'uno dopo l'altro i due lembi delle parti molli separandoli dall'osso mascellare per un'estensione proporzionata alla lunghezza e larghezza del vuoto che dovevasi riempire. Misurati i lembi con riportarli sulla linea mediana, il labbro era in grande parte formato, ma era ben corto per la estensione di una bocca normale; e vi sarebbe restata senza alcun dubbio una stenosi buccale. Ecco la necessità del suo ingrandimento, della così detta stomatopoesi, come viene chiamata da De Ammon. Lungi dall'apprezzare il processo di Rudtorffer, o quello di Boyer, non attenendomi alla pratica, quantunque buona, di Dieffenbach, o di Campbell, o di Serre di Montpellier per la dilatazione buccale mi attenni a tale condotta. Fu diretto il taglio a strati a strati dall'infuori fino alla mucosa, e tal membrana fu distaccata dalle parti soprastanti per un buon tratto; si passarono di poi due ordini di fili comprendendovi successivamente i margini cutanei superiore e inferiore: e si ultimò infine fra i due ordini dei fili stessi la incisione della mucosa membrana. Con tal maniera mi trovai alla portata di una più spedita riunione per la sutura dei margini cutaneo-mucosi. Arrestato il sangue con i mezzi ordinari, riportai sulla medietà i due lembi, e li congiunsi con la sutura attortigliata a preferenza di altra. Il Syme lascia lo spazio triangolare sottostante al mento denudato, e ne fa una medicatura a piatto. Credetti miglior divisamento, per opporsi ad una maggior deformità, disseccare la pelle sotto mentale, e riunirla al lembo autoplastico.

Furono apposte pezzoline di tela fra le labbra e sopra il lembo, ed una fasciatura a fionda leggermente stretta. La giovanetta non ebbe a soffrire sinistri accidenti. Dopo tre giorni si tolsero i fili della mucosa riunita, e al quarto gli aghi, per essersi ben compiuto il processo adesivo, limitandomi all'applicazione di qualche lista di cerotto semplice. Dopo il diciassettesimo giorno fuvvi completa guarigione, ed erasi ottenuta la conformazione di un labbro normale.

Il caso esposto sembrami che possa favorire le seguenti conclusioni: 1° Confermasi che il processo di Syme sia più adattato per la plastica labbiale inferiore, e che questo processo, come dice Alfonso Guérin, dà dei risultati veramente inaspettati. 2° Il cambiamento dei due primi tagli obliqui in

una direzione convessa risponde in miglior modo alla forma di un labbro. 3° Il riempimento dello spazio mentale col distacco della pelle sottostante, giova alla riparazione di una deformità. 4° La passata dei fili per raggiungere la idea di Dieffenbach, dopo aver distaccato la mucosa a guisa di ponticello, abbrevia il tempo, e facilita la riunione mediante la sutura dei margini mucoso-cutanei con più sicurezza, e precisione.

Efidrosi da Sifilide.

L'apparato cutaneo trovasi esposto alle più variate manifestazioni morbose, sì per la molteplicità dei suoi elementi istologici, sì per la diversità di funzioni che deve compiere, sì per i grandi rapporti interni ed esterni. È verità patologica, che quanto più un organo è complicato nella sua tessitura, quanto è maggiore la latitudine delle sue azioni, tanto più sono estese le cagioni di ammorbare, e tanto più sono aperte le vie all'influenza delle cause nocive. Fra tante infermità della pelle avviene una che appartiene alle glandule sudorifere. Questi organi di speciale funzione possono in varie maniere alterarsi, dare origine a contingenze morbose differenti: ed allorchè eccedono nella loro secrezione, costituiscono il così detto sudore morbos, appellato dai patologi *Efidrosi*, *Iperhidrosi*, *Disedia cutanea*. Una tale ipersecrezione può farsi causa di numerosi accidenti, che attentano sommamente alla vita. Già la scienza avea registrato il profluvio sudorale per colliquazione dell'organismo, per uno stato cachettico, qualunque fosse la sua derivazione, per ragione miasmatica e contagiosa, per infezione, o per altre cause di minore importanza da cui un'alterazione più o meno profonda delle forze vitali; ma ancora per quanto mi sappia non avea accennato che potesse manifestarsi come successione morbosa nella evoluzione sifilitica. Veniamo all'istoria.

N. N. cameriere, di temperamento sanguigno e robusta costituzione, di anni 30, contrasse un'ulcere al ghiande con tale andamento, indurimento specifico al 18 giorno plejadi inguinali in ambo le parti, comparsa di adenopatia cervicale appena apprezzabile. Il trattamento curativo si riportò a qualche cau-

terizzazione col nitrato di argento solido, e bagnoli di vino aromatico, ed ebbesi la cicatrizzazione al 35° giorno. Dopo tre mesi circa il giovane accusa un mal essere, somma stanchezza, sonni inquieti, repugnanza all'alimento, leggera alopecia: decorsa una settimana viene assalito da febbre mite, dolori reumatodi vaghi, eritema gutturale, macchie di roseola discreta, formando il quadro d'una sifilide la più manifesta. Si tacquero però tali espressioni morbose quasi senza alcun medicamento. Sembrava che il morbo celtico non lo volesse più malmenare, e fosse una delle sifilidi miti del Diday. Ma riscontrammo tutt'altro: dopo circa otto mesi di tregua comparvero dolori cefalalgici e tibiali più atroci, ed una intumescenza pastosa e dolente nella regione sternale, una peristite. L'ammalato quantunque afflitto da sofferenze alquanto cruccianti pur non volle sottoporsi ad una cura specifica; e preferì un decotto d'un cerretano, pianta pestifera che germoglia dappertutto. La malattia rinnovellò un movimento regressivo e il giovane tornò a godere una buona salute, a riordinarsi nella nutrizione, a possedere forze eccellenti, e nulla opponevasi all'esercizio del suo mestiere piuttosto laborioso.

Al trentesimo mese dall'infezione sifilitica, vengo chiamato a curarlo per una febbre grave: rigori di freddo protratti, calore e sudore abbondante con abbattimento di forze caratterizzano la reazione febbrile, e continuano con larga remissione ad ore determinate, e ciò veniva dopo il mezzogiorno. Senza interframmettere indugio, col sospetto che si dovesse agire di una febbre miasmatica; e perchè dietro un accurato esame non poteva rilevarne altri elementi causali, e per la stagione di autunno in cui eravamo e per l'audamento parossistico della febbre si amministra un preparato di china, il solfato a 36 grani, e si ripete la dose per tre volte e sempre inutilmente. Il movimento febbrile con corso continuo remittente cessa al 12° giorno, e persiste nulladimeno il sudore avente il carattere ora vischioso ora tenue, non untuoso, con odore disagiata, e in tal quantità da bagnare continuamente la camicia dell'infermo: e si costituisce sintoma prevalente. Intanto forte era l'ambascia, vista ampliopica, susurro alle orecchie, viso sfigurato e semicianotico, svanimento di facoltà mentali, debolezza a sollevar l'estremità, sulle sue labbra continua

dimande di soccorso per togliersi da sì orribil malore, polsi filiformi, e le forze sempre più decadenti, quantunque non si omettesse una alimentazione riparatrice, tonici specialmente ferruginosi, astringenti e stimoli diffusibili alla lor volta. Io mi restava di gran lunga sorpreso di questa fenomenalità morbosa; egualmente il Dott. Giorgini che meco sovente visitava l'infermo. Mi tenni sulle stesse orme di cura qualche altro giorno. Resomi sempre più difficile l'apprendere il fattore di tale infermità, vado a riassumere le circostanze commemorative, e pareami che non fosse lontana la probabilità che la sindrome morbosa potesse rannodarsi alla causa sifilitica, tanto più che il giovane erami ben cognito per aver sofferto tale infezione e per ravvisarne ancora tracce di pleiadi, e indotto dalla esperienza che talvolta la sifilide mostrasi con un'espressione isolata in special modo ad epoca tardiva; ed è perciò che vengo all'amministrazione dello ioduro di sodio a 12 grani al giorno a varie riprese, aumentando di 4 grani nei giorni successivi; in pari tempo si sostengono le forze con vitto ristorante e vino generoso, non abbandonando giammai il preparato di ferro. Dopo sei giorni di tal cura l'infermo dava segni di miglioramento, i sudori non erano più tanto abbondanti e le forze un poco più rialzate. Appoggiato al criterio a *juvantibus et laedentibus* non cessai di continuare la stessa terapia e giunsi a propinare il rimedio fino a 40 grani. A tal dose mi arrestai, poichè apparivano intolleranza allo stomaco, faringismo, scolo sieroso nasale con rinalgia, e lacrimazione. Riportai la dose ai 24 grani. Rispondendomi il medicamento con ammirabile efficacia, ordinai qualche frizione di pomata mercuriale, per sempre più abbattere l'elemento sifilitico. Nel periodo dei 40 giorni cessò completamente il sudore, si rianimarono le forze; e in fuori di una denutrizione mediocre, il giovane cameriere aveva riacquistato un sufficiente gradodi salute.

Le forme segretive sifilitiche vengono descritte da tutti i sifilografi ed anco i catarri per granulazione da sifilide costituzionale, vengono oggi ammessi dal Pellizzari, Gamberini, Gallico, Ricordi, Ambrosoli; ma nulla vidi di simile per quante pagine di eccellenti opere abbia svolto, al caso occorsomi.

Le neurosi per infezione celtica sono state bene studiate, come ce l'attestano specialmente l'Yvaren, Zambaco e Lance-

raux, ma non si fa parola di sudori sifilitici per stato paralitico dei nervi secretivi. Una cachessia sifilitica può invero originare un sudore profuso. ma esso in allora appartiene ad uno stato colliquativo dell'organismo, nel quale non si trovava il mio infermo quando fu minacciato dal sudore morboso. Se tal sintomo fosse stato sotto il potere d'una plastollia come vederne il vantaggio dai preparati che non favoriscono certamente il plasticismo, anzi valgono potentemente a causare una cloro-anemia, una emofilia?

Rispetto a processi diatesici qual si può rassomigliarsi al sifilitico che più d'ogni altro sia domabile da una cura specifica, e che sovente lo vediano con ammirabile rapidità rispondere alle nostre cure? Se il più delle volte associamo mezzi ricostitutivi ai preparati mercuriali e iodici, ci viene imposto dalle condizioni ipoematiche dell'infermo, e dal potere deglobulizzante di tali preparati e in ispecie dell'idrargirio. Se vale adunque l'argomento terapeutico e l'anamnesi e il vedere come il sintomo che tanto insidiava la vita del giovine, veniva a cedere di mano in mano che si amministrava il preparato iodico, come potente rimedio a vincere i sintomi tardivi della sifilide, non mi rimane a concludere, non trattarsi che d'una ipersecrezione sudorale per paralisi più che per spasmo dei nervi vaso-motori che presiedono alla formazione del perspirato cutaneo

E pur troppo vero il concetto filosofico di Schuh, che tanto la natura fisiologica quanto la morbosa non presentano confini nelle loro manifestazioni.

Ho trasandato di por mano ad indagini chimiche e microscopiche, quali mi avrebbero dato campo a corredare il fatto di maggiori dettagli, e mi sono ristretto a presentarlo sotto l'aspetto puramente clinico. Ora spetta ai buoni pratici concedergli quel valore che può meritare, e se desso possa siedere nei quadri nosologici di sifilografia.

In ordine alla denominazione, piuttosto che appellare la nuova forma *neurosi paralitica sifilitica*, presa dal lato patogenetico, ho voluto anteporre quella tratta dal sintomo più saliente e sensibile.

Amputazione della parte laterale sinistra della lingua con l'ansa galvanica, per epitelioma ulcerato. — *Relazione dei dott. Laurenzi Luigi e Brunelli Cesare.*

Uno dei fenomeni fisici più cospicui dell'elettricità, l'incandescenza dei corpi, è quello cui la medicina operatrice ha ricorso da molti anni in qua, con profitto non lieve dell'arte. Questa pratica chirurgica speciale, che va sotto il nome di galvano-caustica termica, per distinguerla dalla congenere che avvantaggiandosi dell'azione elettro-chimica, chiamasi però galvano-caustica chimica o elettrolisi, si attribuisce ad Heider di Vienna che l'ha per primo proposta nel 1844. Un tal mezzo terapeutico tentato poscia e studiato dai signori Louquet, Grusset di Pietroburgo, Sédillot, G. Marshall, Hardin, Nelaton, Leroy D'Etiolles, Amussat figlio, Ellis, Regnault, era per cadere nell'oblio pei pochi successi, quando nel 1854 comparve il dotto lavoro di Middeldorpf di Breslau, in cui l'autore cercò di migliorare la parte tecnica della galvano-caustica termica, proponendo un apparecchio e degli istromenti atti a torre di mezzo le difficoltà di applicazione, che avevano sconcertato i suoi predecessori, non che a stabilire precetti generali. Incoraggiati sempre più i cultori dell'arte salutare dai favorevoli risultati di questo mezzo terapeutico, ne moltiplicarono in questi ultimi anni l'applicazione in varie malattie chirurgiche come Bardleben, Billroth, Voltolini, Bruns, Sismondi di Vienna, Scnitzeler, Gorgone, Venturini, e recentemente anco il prof. Corradi e Gozzini in un polipo naso-faringeo. Offertasi a noi pure l'occasione di sperimentarne gli effetti, l'applicammo in un epitelioma ulcerato della lingua, malattia non ancora sottoposta, che si sappia, al novello trattamento terapeutico.

Il conte N. N. di Macerata, quarantenne, ufficiale nell'esercito, di forte costituzione, adusto della persona e di temperamento bilioso, contrasse un ulcero al pene che prese nella sua evoluzione il carattere fagedenico, da cui però, secondo narra l'infermo, non ebbe alcun risentimento sifilitico. Proseguì dopo questa infezione locale a godere buona salute fino

al 1870, epoca nella quale avvertì un piccolo tumoretto a guisa di nocciolo che occupava la superficie superiore della metà sinistra della lingua. Siccome un tal tumoretto non recava sofferenza di sorta, così egli passò qualche mese in uno stato di perfetta noncuranza. Giunto il novembre dello stesso anno, si manifestarono segni non dubbi d'ingrandimento del medesimo e qualche superficiale erosione. D'allora in poi s'iniziò un processo ulcerativo non profondo, ma lento e progressivo, onde è che nel maggio 1871 si condusse in Roma, dopo aver consultato vari colleghi della Penisola, i quali si pronunziarono in modo vario circa la natura della malattia in parola. Alcuni, portarono opinamento di una gomma sifilitica ulcerata, altri di un epitelioma. Allorchè vidi la prima volta l'infermo, trovai la lingua nello stato seguente: al lato sinistro della medesima risiedeva un tumore della grandezza presso a poco di un piccolo uovo di piccione a base dura, e la cui superficie era quella di un'ulcera a periodo ulcerante con bordi alquanto duri, irregolari, sporgenti all'infuori ed emettente sanie.

Il diverso giudizio portato da distinti colleghi, gli antecedenti d'una infezione progressa agli organi genitali, la pochezza dei criteri discriminativi che fornisce la scienza fra una gomma ulcerata ed il cancro epiteliale, l'esistenza di placche opaline in alcuni punti del cavo buccale, mi decisero di sperimentare una cura antisifilitica o esploratrice prima di determinarmi a ricorrere ai mezzi chirurgici, tanto più che oggi è ben provato in sifilografia, come affermano Gamberini, Galligo, Ricord, Lancereaux, che la mancanza d'ordine cronologico nello sviluppo dei sintomi sifilitici costituzionali, non è criterio valutabile ad escludere l'infezione sifilitica. In contrario a tutto ciò v'era la non esistenza d'ingorgo della ghiandola sottomascellare di quel lato. Non mi peritai perciò a praticare le iniezioni ipodermiche di calomelano (Scarenzio) onde il risultato fosse più pronto, e amministrai lo ioduro di potassio acciò con un trattamento specifico misto, l'efficacia fosse maggiore e più spiccata. Localmente prescrissi ablazioni con clorato di potassa (Magni) e quindi con liquore di Fowler (Gamberini). Avvedutomi che questo trattamento curativo continuato per circa 40 giorni, non aveva recato alcun vantaggio all'infermo, passai all'applicazione del caustico attuale e due

volte alla cauterizzazione col mezzo del galvano-cauterio coltellare. L'insufficienza di tutti questi mezzi posti in uso per debellare sì ostinata malattia, il volume del tumore e il suo stato ulcerativo fecero riputare di nessun valore l'iniezione nella trama del tumore (Luton, di Reims) o dell'acido acetico (Neuman) o del succo pancreatico (Schiff) o del gastrico (Lusana) o del nitrato d'argento e cloruro di sodio (Thiersch), e mi decisi all'amputazione della metà sinistra della lingua, scegliendo fra tanti espedienti chirurgici la galvano-caustica termica. Si offrirono alla mia mente due più efficaci risultanze, la emostasi e una modificazione nella superficie rimasta allo scoperto dopo l'estirpazione del tumore per l'azione cauterizzante dell'ansa.

Mi affrettai di ricorrere all'opera illuminata del mio amico e distinto specialista Dr. Cesare Brunelli, come avevo già fatto antecedentemente per la cauterizzazione galvanica. Stimai in sulle prime di poter risparmiar l'apice della lingua, limitando l'abolizione ad una porzione presso a poco rettangolare del tessuto linguale, ch'era quella appunto invasa dal tumore. Con ciò si aveva in mira di rendere più facili ed estesi, dopo la operazione, alcuni movimenti dei muscoli intrinseci della lingua. Però, dopo più maturo esame fatto unitamente al dottor Brunelli sul tumore, e nel riflesso puranco di rendere l'operazione meno complicata e più sicura, fu stabilito di asportare tutta la sinistra metà, dalla base fino all'apice. Preso un tal divisamento, ecco quali vedute pratiche si affacciarono alla nostra mente. Considerammo in prima potersi eseguire l'ablazione del tumore mediante due tagli uno longitudinale, dalla base all'apice, l'altro trasversale verso la base; ambedue un poco al di là dell'area occupata dal cancro. Pensammo in secondo luogo che il taglio longitudinale era troppo esteso per poter regolare con precisione, e guidare l'ansa candente in linea retta dall'indietro in avanti, trattandosi di dover operare sopra un corpo contrattile, mobilissimo e in preda, per quanto rattenuto durante la operazione, a convellimenti spasmodici. Stabilimmo perciò di eseguire questo primo taglio longitudinale in due tempi, e con due anse, una delle quali dovesse incominciare dal centro della lingua fino all'apice, l'altra completarlo dalla base al centro. Divisa così la lingua in due metà

lateral, una terza ansa doveva terminare l'operazione, facendo il taglio trasversale verso la base. Eseguiamo antecedentemente all'operazione nel gabinetto Elettro-terapico di S. Spirito alcune esperienze sulla lingua di un cadavere, tanto per provare la bontà dell'apparecchio di galvano-caustica termica fatto eseguire in quei giorni dal Dr. Brunelli al sig. Ermanno Brassart, quanto per assicurarci dell'esattezza del metodo da seguire sul malato. Non dirò come queste esperienze riuscissero bene oltre ogni credere. L'apparecchio consisteva in sei grandi elementi di Bunsen aventi per collettore, in luogo del carbone, una specie di colonna di ferro fuso scannellata profondamente in guisa da formare sei raggi. Le dimensioni dei vari pezzi d'ogni elemento erano le seguenti: zinco cent. 10 di diametro e cent. 20 di altezza, ferro cent. 7 di diametro e cent. 18 di altezza, vaso poroso cent. 8 di diametro e 18 di altezza; vaso esterno di vetro in proporzione. Di questa batteria si può usare a volontà dell'operatore: due, quattro oppure tutti sei gli elementi riuniti in quantità o in tensione a seconda del bisogno. Il Dr. Cesare Brunelli dopo averlo preparato completamente e misuratane la forza, vide che quattro elementi sarebbero bastati al nostro scopo, e facea anzi osservare che con tutti e sei gli elementi il filo di platino poteva correr pericolo di fondersi, prima che la strettura dell'ansa fosse avvenuta.

Preparati tutti gl'istrumenti chirurgici, ed i sussidi necessari nelle gravi operazioni, avendo a nostra disposizione, oltre al suddetto apparecchio, un certo numero di aghi tubulati di Startin col rispettivo filo di platino della grossezza di $3/_{10}$ a $5/_{10}$ di millimetro, ecco quanto si praticò, essendo presenti all'operazione il prof. Filippo Scalzi, primario degli ospedali, il sostituto degli ospedali e mio aiuto particolare il Dr. Giorgini e i sostituti Dr. Ciattaglia ed Agostini, nonchè i sotto-sostituti Dr. Bertini, De Sanctis e Morganti. Fatto cloroformizzare incompletamente l'infermo, memore che il Langubek perdette 5 malati operati nella bocca per averli voluti cloroformizzare completamente, afferrata la lingua con la pinzetta di Musseux, con uno degli aghi tubulati trapassai la lingua in prima dal piano inferiore al superiore verso il centro, e con un secondo feci altrettanto verso la base. Una linea retta che passasse nei

due punti corrispondenti alla infissione degli aghi avrebbe diviso longitudinalmente la lingua in due porzioni laterali; la sinistra però, ove siede il tumore, un poco minore della destra. Estratti gli aghi, consegnai allora i due fili rimasti in posto al Dr. Brunelli, che tutto avea ben preparato e preveduto, e piegatili ambedue ad ansa, in modo che l'uno dei capi corrispondesse al piano superiore, e l'altro all'inferiore della lingua, adattò prima al porta-legatura galvanico il filo, che doveva escidere la lingua dal centro all'apice, come si era prestabilito, e portò i capi riuniti del filo posteriore verso l'angolo della bocca, per averli pronti appena terminato il primo taglio. E qui è necessario notar bene, a maggior dilucidazione del fatto, il modo speciale dell'adattamento di questo filo come venne dal Dr. Brunelli eseguito. I porta-legatura galvanici sogliono avere due rotelline di avorio, attorno alle quali si avvolgono le estremità del filo che stanno inferiormente, e queste piccole ruote servono a stringere l'ansa, allorchè vengano girate mediante un manubrio. Nel porta-legatura del Dr. Brunelli le rotelle sono sostituite da un tirante a leva, nei lati del quale sono fissati, mediante piccole viti, le due estremità, del filo di platino. Con ambedue queste disposizioni del porta-legatura non è facile di regolare la forza che necessita per la strettura dell'ansa, e di più non si potrebbe, specialmente adoperando il porta-legatura col tirante a leva, che ha un movimento limitato, stringere completamente un'ansa, che fosse molto ampia, come suole abbisognare nei tumori voluminosi e sessili. Si preferì adunque di fissare soltanto uno dei capi del filo di platino alla viterella di sinistra del tirante, e dominare l'altro con la mano destra, avendolo preventivamente fissato ad un piccolo manico di cautchou, per poterlo tenere più agevolmente e tirare con più omogeneità. Con questo metodo l'operatore è in grado di regolare più scientemente la tiratura dell'ansa, perchè la mano così isolata, sente assai bene ed apprezza la resistenza frapposta all'ansa. Oltre di che (e ciò fu da noi constatato nelle esperienze eseguite sul cadavere) allorchè l'ansa viene tirata da un sol lato come nell'*écraseur* il taglio riesce più netto e più facile, e si evita anche meglio la rottura, per fusione dell'ansa, specialmente se si avverta di mettere il polo negativo dalla parte che corrisponde al capo

fisso del filo. Ciò premesso, ecco quanto rimaneva a farsi, e che il Dr. Brunelli eseguì con molta abilità e destrezza.

L'ansa a freddo del primo filo di platino che doveva effettuare la metà del taglio in avanti, fu ridotta in modo che comprendesse, senza molto stringerla, la parte anteriore della lingua, e congiunti quindi gli elettrodi dell'apparecchio a quelli del manico del porta-legatura, fatta la necessaria pressione con la mano sinistra sul bottone che chiude la corrente, onde arroventare l'ansa metallica, con la mano destra il Dr. Brunelli tirò a sé con giusto ed uniforme movimento il capo del filo raccomandato al piccolo manico di cautchou, e dopo qualche secondo il taglio era nettamente eseguito. Senza perder tempo, adattò nello stesso modo al porta-legatura il secondo filo situato posteriormente e ne strinse l'ansa a freddo sino al fondo del primo taglio, cosicchè essa comprendesse la porzione posteriore della lingua, dal centro cioè alla base. Dopo qualche altro minuto, il secondo taglio longitudinale era completo. Allora fu preso un altro manico coll'ansa preparata in prevenzione, a risparmio di tempo, il cui porta-legatura era molto incurvato, acciò il taglio posteriore trasversale riuscisse più regolare. Introdotta nell'ansa la metà sinistra della lingua già separata dalla sana, il Dr. Brunelli spinse il porta-legatura posteriormente fra la parete buccale sinistra e la lingua, tenendone la curvatura da sinistra a destra, in modo che i fori delle due cannule metalliche, che danno passaggio all'ansa, fossero a ridosso del margine sinistro della lingua.

Dopo avere leggermente anco in questa occasione stretta l'ansa a freddo, assicuratici che tutto il tumore v'era compreso, il Dr. Brunelli strinse l'ansa resa incandescente, e in un attimo il tumore venne estratto dalla bocca. Esso aveva la forma oblunga irregolare e misurava nel massimo diametro cent. 6, la sua spessore era di millim. 18, la sua altezza di cent. 3. L'esame microscopico fatto dal prof. Tommasi nel R. Istituto fisio-patologico di S. Spirito confermò completamente la natura del tumore analogamente alla fatta diagnosi.

L'operazione dal momento della infissione degli aghi durò mezz'ora scarsa ed avrebbe durato forse meno se una leggera emorragia, che si manifestò durante l'infissione degli aghi di Startin, non avesse reso necessario di detergere di quando in

quando la bocca per evitare che l'ansa non fosse di soverchio raffreddata. La superficie rimasta scoperta si presentò liscia, regolare, ed era di color giallo scuro, come di consueto, colore dovuto all'escara che serve di medicazione riparatoria. Cotesta superficie non era completamente piana, ma leggermente concava, in ispecie dall'indietro all'avanti, come se il tumore vi stesse annicchiato.

Ciò significava, secondo noi, che l'ansa incandescente, allorchè veniva stretta, trovandosi in presenza di due tessuti d'ineguale densità e consistenza, in luogo di seguire la via retta, da noi tracciata con gli aghi al di là del tumore, costeggiò invece con precisione i limiti estremi dei due tessuti, enucleando così la parte più dura, cioè, il tumore, dalla parte meno dura formata dalla lingua sana. Questa proprietà dell'ansa arroventata, di limitare, cioè, con esattezza, mentre da una parte nelle eteroplasie non è gran fatto giovevole, è però, secondo noi, controbilanciata, e forse ad usura, dall'altra, che consiste nel modificare, che fa nel medesimo tempo mediante ustione, la superficie del taglio. Ogni volta che l'ansa diveniva incandescente per la pressione del bottone interruttore e la si stringeva sul tumore, si manifestava quel crepito e quell'odore speciale che tramandano le sostanze organiche allorchè vengono abbruciate. Noi non notammo quella imponente *atmosfera asfissiante*, che, unitamente alla emorragia, fece tanta paura allo Chassaignac, da fargli escludere la galvano-caustica-termica dalla amputazione della lingua. L'apparecchio funzionò a meraviglia, nè avemmo a lamentare alcun inconveniente di quelli, cui si accenna da taluno, allorchè non si abbia a propria disposizione una pila di Grenet ma si adoperino invece le ordinarie coppie di Bunsen. Ultimato l'atto operativo, prescrissi silenzio rigoroso, della neve continuatamente nella duplice obbiettiva e di prevenire o minorare una flogosi, e di fare argine ad una emorragia, che sarebbe stata fatale al malato. L'escara cadde al termine della prima settimana dall'operazione. In questo lasso di tempo si produssero due lievi emorragie, che cessarono con la neve e coi colluttori di acqua del Pagliari e di percloruro di ferro. Il tutto andava a meraviglia con grande soddisfazione del malato e di tutti quelli che avevano contribuito all'assistenza dell'operazione.

A ristorare le scadute forze dello infermo mi decisi inviarlo a respirare un'aria di collina, e passare acque marziali in Viterbo. Il risultato fu brillantissimo, ma di breve durata, giacchè mi scrive l'operato che l'eteroplasia si va riproducendo con marcata tumefazione della ghiandola sottomascellare del lato affetto.

Dalla presente istoria mi sembra poter concludere che la galvano-caustica termica è utilissima per l'estrema esattezza, con cui si può limitare ed asportare un tessuto morboso.

Che riesce meno dolente degli altri argomenti chirurgici in uso, perchè, cessata la cauterizzazione, si estingue il dolore quasi per intero.

Da ultimo che l'ansa arroventata a bianco risparmia infallantemente le emorragie dei piccoli vasi, vantaggio, sempre molto attendibile, sia che si riguardi la natura di alcuni tumori, sia che le forze stremate dell'infermo esigano che non perda la più piccola quantità di sangue.

Disarticolazione radio-carpiana sinistra per ferita d'arma da fuoco.

Gamba Luigi, campagnolo, di anni 27, di tempra sanguigna entrò nel mio comparto chirurgico il 27 settembre 1870, per lesione prodotta da una granata esplodente. La ferita lacero-contusa estendevasi alla regione dorsale e palmare della mano: nella parte palmare, la cute della regione tenar e ipotenar conservata, nel dorso una ferita lineare, estesa 5 centimetri, sorpassava l'articolazione radio-carpica; da ultimo una frattura comminutiva di tutte le ossa del metacarpo. Una ferita di tal genere, con la complicazione della frattura comminutiva sembrava a tutte prime che dovesse richiedere l'amputazione dell'avambraccio, pure sapendo bene che le disarticolazioni oggi sono preferite e preconizzate da Malgaigne, Baudens, Sédillot ed altri, come quelle che nel privare un individuo d'un arto, allontanano quanto più si può questa divisione dal tronco. Conoscendo ancora appieno quanto l'illustre scienziato Vanzetti di Padova disse all'Accademia di Chirurgia di Parigi nel 1858, abbandonai l'idea dell'amputazione e m'attenni alla disarticolazione radio-carpiana,

Mi permetterò di accennare di volo i vantaggi della disarticolazione radio-carpiana sull'amputazione dell'avambraccio, fatti conoscere con molta assennatezza dal Chirurgo di Padova. Il moncone che rimane dopo l'amputazione è più adatto agli usi della vita che non quello dell'amputato nell'avambraccio; la deformità, se lo si voglia, può venire riparata più facilmente con una protesi chirurgica; da ultimo i quadri statistici danno una cifra di decessi minore assai che nella amputazione dell'arto. Malgaigne asserisce essere del 20 %. Per queste ragioni adunque valevolissime, praticai la disarticolazione radio-carpiana. Con un lungo coltello incisi un piccolo lembo dorsale, e quindi disegnai un lungo e largo lembo palmare; dissecai il lembo palmare e dorsale, e da ultimo feci la disarticolazione, tagliando tutte le parti tendinee e legamentose, che concorrono alla formazione dell'articolazione radio-carpica, sia direttamente, sia indirettamente. Allacciati i vasi, riunii la ferita con bandelette agglutinative e qualche punto di sutura interrotta e conveniente fasciatura. Percorse regolarmente la ferita i suoi periodi in guisa che dopo non molti giorni uscì dall'ospedale in piena guarigione.

La narrazione del caso occorsomi prova ogni ora più ciò che il Vanzetti di Padova ha coi fatti elinici sanzionato, che, cioè, l'arto si utilizza assai meglio con la disarticolazione radio-carpiana che con l'amputazione dell'antibraccio.

Voluminoso calcolo in una bambina di sei anni. Litotomia.

Maria Lena di anni 6 nacque a Casaprato in quel della Sabina. Sortì temperamento linfatico e debole costituzione. Dal secondo anno di età incominciò a soffrire fortemente nell'emettere le orine. Nel maggio 1870 venne a consultarmi, inviatami dall'amico dottor Piermarini. Dal quadro delle sofferenze tracciati dai genitori della bambina venni in sospetto che si trattasse di calcolo vescicale. Ed infatti, introdotta una sottile sciringa da donna, potei avere il sintomo patognomonico per formulare la diagnosi. L'esplorazione mi fece apprezzare una pietra che riempiva quasi per intero il cavo della vescica,

grossa come un piccolo uovo di gallina. Conosciuto vano ogni mezzo, mi decisi di operarla. Si presentavano alla mia mente due metodi, litotrizia e litotomia. Però avuto a calcolo che la statistica è sconsigliata, allorchè trattasi di litotrizia nei bambini; che Jobert ha avuto da deplorare accidenti nervosi gravissimi per frantumi restati nella vescica; che è consiglio dei pratici di non adoperar mai la litotrizia, allorchè il calcolo è molto voluminoso e la vescica non perfettamente sana, abbandonai tale idea. La piccola operanda presentava precisamente queste due ultime sfavorevoli condizioni per la litotrizia; calcolo voluminosissimo, onde impossibilità di manovrare il litoclasto per piccolo che si fosse, vescica non sanissima per la diuturnità della dimora del calcolo nell'urocisti. Quindi con Holmes, abbandonai tale divisamento e mi attenni piuttosto alla litotomia. Mi confortavano a questo metodo le ragioni seguenti: la favorevole statistica della litotomia (1-20), e la facile guarigione che raggiunge la verde età dopo tale operazione. Quale delle 3 vie scegliere? L'ipogastrica, la vaginale o l'uretrale? L'ipogastrica è un mezzo quasi abbandonato; l'incisione vaginale è meno pericolosa, ma espone a fistole uretro-vaginali, inconveniente oggi poco apprezzato, dopo i perfezionamenti introdotti nella cura di tali fistole. Però, a mio credere, questo metodo devesi rigettare nelle nubi, perchè necessita la sezione dell'imene.

Nel metodo uretrale vi sono due processi: la dilatazione graduale che torna giovevole allorchè il calcolo è piccolo, e la dilatazione non è spinta ad oltranza da rompere lo sfintere vescicale, perchè allora la malata resta sofferente per lungo tempo di enuresi; ovvero l'incisione che può praticarsi in più modi. Incisioni multiple (Liston Brodie) oblique (Albucasis, Collot, Guy De Cauliech, Giralès); questo processo però spesso conduce a lesione dei plessi venosi e ad emorragie. Una modificazione di questo processo è quella proposta da Dubois Antonio, da rigettarsi perchè non schermisce dalle emorragie. Lisfranc preferisce il taglio vestibolare; prescelsi il seguente di Louis e Flaurent, Rigaud (taglio bilaterale), tanto preconizzato da Sédillot.

Praticai con un doppio cistotomo piccolo di Dupuytren introdotto nell'uretra, sulla guida d'una tenta scanalata, una

incisione di un centimetro per parte, con cui incisi lateralmente uretra e collo vescicale. Potei così raggiungere l'enorme calcolo che con difficoltà abbrancai con la tenaglia; fu frantumato, e lo estrarri in pezzi più o meno grossi. Tolti i frammenti, nella parte posteriore della vescica si trovarono altri due calcoli di minor conto, uno della grandezza d'una grossa mandorla, l'altro di un nocciuolo che parimenti portai fuori. La piccola malata fu sull'istante sollevata dalle grandi sofferenze che le facea patire quell'enorme calcolo che riempiva l'urocisti. Ebbe febbre discretissima e leggerissimo risentimento a carico della vescica. Dopo qualche giorno incominciai a largheggiare nel vitto per riparare le scadute forze, in guisa che in un non lungo spazio di tempo guarì perfettamente con integrità della funzione vescicale.

Pseudoartrosi dell'estremo inferiore del femore sinistro consolidata con ago-puntura elettrica.

Sillerani Achille, di anni 31, di costituzione robusta, guardiano in Grottaferrata, entrò nel 20 gennaio 1871 nel mio comparto chirurgico per frattura obliqua dall'interno all'esterno, situata presso l'estremo inferiore del femore sinistro riportata fin dai primi di novembre 1870. Non appena incorse nella frattura cercò i sussidi dell'arte, ma sventuratamente venne applicato alla frattura un apparecchio improprio. Ridussi, previa cloroformizzazione, con qualche difficoltà, lo spostamento ed applicai un apparecchio gessato con ferule di cartone. Dopo 50 giorni circa dal suo ingresso nell'ospedale fu tolto l'apparecchio inamovibile; nella supposizione che la frattura fosse di già consolidata. Ricontrai l'opposto, giacchè nel femore leso persisteva la stessa mobilità anormale. Stabilito un esame accurato dell'infermo, venivano escluse cause generali e locali; non impoverimento ematico, non esistenza di qualche corpo estraneo, come un frammento d'osso incapsulato, ecc. L'innormalità del processo di consolidazione doveva riportarsi al difetto di organizzazione della neo-formazione interossea, proveniente dall'obliquità della frattura e dall'applicazione incongrua dei mezzi contentivi. Numerosi sono

stati i sussidi proposti per favorire la consolidazione d'una pseudoartrosi, I preparati calcarei dietro viste chimiche, una prolungata contenzione, una compressione con adatta fasciatura, vescicatori, frizioni con tintura di iodio o iniezione (Bourguet di Aix), il fregamento delle estremità ossee (Celso), il setone (Percy, Physik, Norris), la legatura (Sommè), la cauterizzazione (Cfene, Earle) la resezione semplice (Withe, Dupuytren) le sotto periostee (Jourdan di Mangesteker), l'incisione sottocutanea del tessuto neo-connettivo delle estremità ossee (Bell, Blandin), i bacilli d'avorio (Dieffenbach) le viti metalliche di Langenbek, l'ago-puntura semplice (Malgaigne, Norris, Wichel). Nel nostro infermo affetto da pseudoartrosi in un osso di alta importanza e di ragguardevole spessore non poteasi dalle prime tralasciare i mezzi più semplici per favorirne un processo adesivo. Esauriti i vescicatorii e le frizioni eccitanti senza il minimo vantaggio, stimai razionale richiamare alla pratica l'elettro-puntura.

Infissi 4 aghi anellati abbastanza lunghi e bene pulimentati a giusta distanza fin dentro alle parti divise dall'osso che si lasciarono passare agevolmente. Unii gli aghi a un apparecchio di Gaeffe e protrassi la seduta per circa 15 minuti primi.

Prodotta così una eccitazione sui due frammenti, per mantenerli a contatto mutuo applicai l'apparecchio americano per 10 giorni, nel qual lasso di tempo potei osservare che cominciava una sufficiente consolidazione. Tornai ad una seconda seduta elettrica per nulla diversa dalla prima, e nuovamente all'applicazione dell'apparecchio per 20 giorni, dopo di che potei assicurarmi, ingiungendo al malato di alzare l'arto, che si era formato il callo osseo. Dopo 35 giorni l'infermo alzava il membro regolarmente, che presentava perfetta resistenza e per nulla era dolente. Allora gli prescrissi di levarsi di letto ed esercitare gradatamente l'arto. L'esercizio rafforzò viemmeglio l'arto fratturato, in guisa che il 20 maggio poté lasciare l'ospedale in perfetto stato di guarigione.

Da quanto si è esposto può ritenersi che fra tanti mezzi proposti a vincere una pseudoartrosi (quantunque il Billroth abbia detto che il soverchio numero di mezzi proposti includa impotenza a vincere una tale infermità), merita che l'elettro-puntura sia richiamata alla pratica, prima che argomenti più

violenti e più compromettenti la vita dell'infermo vengano scelti a cura delle false articolazioni. L'applicazione però di un conveniente sussidio terapeutico starà sempre nella precisa cognizione del fattore causale che ha prodotto e mantiene la pseudoartrosi.

Resezione di 6 centimetri della tibia destra e riproduzione ossea.

La grandiosa scoperta delle leggi onde natura regola l'osteogenia aprirono un nuovo orizzonte ai chirurghi. Le prime esperienze fatte in proposito rimontano avanti il XIX° secolo. Le ricorderò brevemente. Duhamel pel primo nel 1739-1743 dimostrò in seno dell'accademia di Parigi le proprietà del periostio e l'utile che potea trarsi del coloramento delle ossa colla robbia. Dopo lui Haller 1758. Hunter ed Herissant, Scarpa, Leveille, Beclard, Brechet. Willermen, Troja 1755 — Macdonald 1799 — Fongeroux, Weidemann, fecero nuovi tentativi e crebbero la stipe scientifica. Malgrado queste conquiste fisiologiche, la chirurgia al termine del 18° secolo non se ne era punto avvantaggiata. Bisogna giungere al 1832 per avere le concludenti esperienze di Heine di Würzburg dalle quali la scienza apprese come le ossa resecate potessero riprodursi se il periostio veniva conservato. Il distinto fisiologo francese Flourens con esperienze accuratissime confermò e crebbe l'enunciato de' suoi predecessori e a corollario delle sue esperienze, ecco come si esprime nella teoria « de la formation des os, pag. 69-70. On peut enlever au périoste une portion d'os et il rend cette portion d'os; on peut lui enlever une tête d'os, et il rend cette tête; on peut lui enlever un os entier, et il rend cet os entier. Le périoste est la matière, l'organe, l'étoffe qui sert à toutes ces productions merveilleuses». Da ultimo M. Ollier ha praticato delle esperienze sempre più concludenti trapiantando delle bandellette di periostio ed ha veduto riprodursi l'osso. Se a' francesi sopra tutto si deve di aver fatto dono alla scienza di così preziosa scoperta, al nostro Chirurgo Larghi di Vercelli si deve l'onore di avere, col metodo sotto-periosteo, eseguite moltissime ed ardite resezioni. Ecco le idee che erano in voga

fino a qualche anno indietro; però i profondi studi soprattutto di fisiologia sperimentale, di cui va superba oggi la dotta Germania, hanno indotto dei travolgimenti nella teoria di Duhamel e conseguentemente hanno modificate le idee che vivevano, circa la conservazione del periostio come indispensabile per la riproduzione dell'osso. Risulta infatti dalle osservazioni e rigorose esperienze praticate dal clinico di Vienna Billroth che « tanto l'osso quanto tutte le parti circostanti « prendono parte alla neoformazione e contribuiscono al ripristinamento dell'osso, e quindi il periostio non ha un ufficio speciale ». Tale ancora è l'idea di Marmy e Sédillot i quali confermano le idee di Billroth, cioè che sempre il periostio conservato riproduce le ossa, ma che nei casi dove processi cariosi estesi e larghe suppurazioni lo hanno distrutto le ossa vengono riprodotte da cellule provenienti dalla midolla, dall'osso, dal periostio, dal tessuto connettivo circumambiente, le quali si moltiplicano, si congiungono e costituiscono la massa ossea mancante fra i frammenti, ne ristabiliscono il continuo con esattezza più o meno grande. Da questo ancora si argomenta che il periostio non è unico fattore nel processo osteogenetico. Da ultimo il nostro Giudici (il microscopio applicato alla medicina) così si esprime. Le neo-formazioni di tessuto osseo s'incontrano frequenti tanto nel dominio della fisiologia quanto in quello della patologia ogni qual volta la vita delle ossa si faccia lussureggiante. Il periostio ed il così detto endostio vale a dire il tessuto connettivo che riveste la cavità midollare sono gli ordinarii punti di partenza di simili produzioni.

La cognizione di questo vero del Billroth, confermata da tante altre valenti autorità, mi mosse a ripetere delle osservazioni in proposito. che più accuratamente potei constatare nel caso seguente:

Veniva posto in letto nel mio compartimento di chirurgia Ubaldo Gennaro, di anni 23, dotato di robusta costituzione; ebbe a patria Torre del Greco e militò nella nona divisione artiglieria.

L'infermo era affetto da una erisipela flemmiosa che aveva invaso quasi tutta la gamba destra causata da una ferita esposta nella tibia scheggiata al 3° superiore; tale frattura era stata

prodotta da arme da guerra. Fu trattata convenientemente nella speranza di una guarigione, ma l'osso venne attaccato da processo carioso. Le forze dell'infermo ogni giorno più erano in difetto, le risorse della medicina esaurite, quindi mi decisi di operarlo.

Disposto il tutto convenientemente, praticata un'incisione per mettere allo scoperto e poter più agevolmente isolare l'osso preso a tutto spessore da carie, distaccai per quanto fu possibile il periostio, rimasto sano, col coltellino di Ollier passai sulla tibia di Blandin la catena articolata di Jeffroy ed asportai al disopra del punto alterato dell'osso 6 centimetri di tibia nei 2 terzi medio e superiore, attenendomi nel resto a tutte quelle norme volute in una regolare resezione. Riposi l'arto in un apparecchio ovattato a valve e modellato di Mercier ricoperto all'interno di tela cerata. L'operazione non fu accompagnata da alcuna accidentalità, la suppurazione fu discreta, una rigogliosa vegetazione di bottoni vascolari cominciò a sorgere dal fondo della piaga, e segnatamente dagli estremi resecati.

Fu d'uopo che dal settembre si giungesse al febbraio per la formazione e consolidazione ossea che si fece quasi al livello delle due estremità superiore ed inferiore. Il malato poté lasciare l'ospedale il 15 aprile rimanendo solo a cicatrizzarsi due o tre centimetri di piaga.

Entero-peritonite gommosa sifilitica.

L'enteropatie sifilitiche sono state descritte molto oscuramente dai medici delle passate età (Franck, Choisy, Courtin). Huet d'Amsterdam cita una storia meglio dettagliata, e che più si avvicina alla descrizione che i recenti danno di questa malattia. Ernesto Müller allievo di Dittrich riportò un caso più singolareggiato, di cui Wagner consegnò un'esame microscopico negli (Archiv. der Heilkunde 1863, osserv. 29 pag. 36), Recentemente il prof. Soresina nel suo accreditato giornale delle malattie veneree e della pelle, luglio 1871, riporta tre storie inserite da Oser di Vienna negli (Archiv. von Dermatologie innde siphilis, N. 1, hende 1871; nella prima Oser accenna ad enterite ulcerosa, nelle altre due parla di enterite gom-

mosa. La storia delle peritoniti gommose sono incompletissime, nè ci soccorrono gran fatto i casi citati da Portal, Alberto Peuch, perchè in nulla esatte. Herard, Simpson consegnarono osservazioni che da Lancereaux sono considerate peritoniti pseudo membranose adesive sifilitiche, onde egli dubita forte se vi siano vere peritoniti gommose. Le sifilidi di tutti i visceri, sono state quali più quali meno soggetto di forti studii e importanti lavori in questi ultimi tempi, e meritano di esser consultati, Gubler, Depaul, Leconteur, Lebert, Lagneau figlio, Virchow, Gros, Lancereaux; giuste ed esatte osservazioni anatomo-patologiche e micrografiche che valgono a mettere in luce i depositi gommosi del peritoneo sono ancora un desiderato per la scienza. La cognizione di quanto è stato fin qui consegnato agli annali dell'arte sulle sifilidi enteropatiche e peritoneali mi fece sembrare raro un caso di questa malattia che ebbi a curare nel Sifilicomio e che faccio di pubblica ragione perchè possa arricchire gli studii su tale argomento. Giammaria Maria di anni 27 entrò nel mese di novembre 1870 al Sifilicomio. Narrò la inferma che quattro anni avanti avea contratto un ulcero e che dopo un mese circa se le erano manifestati segni d'infezione generale. Alopecia diradata, dolori reumatoidi vaghi, sifilide polimorfa roseolare e papulosa, akenopatie d'infezione cervicali e inguinali. Questi sintomi l'avevano travagliata con delle ricadute e delle tregue (espresse per quanto si potè rilevare da forme pustolari, da fastidi più o meno permanenti alla gola) per il lasso di tempo suddetto. Qualche mese prima del suo ingresso nel Sifilicomio era sofferente di sifilodermi ulcerati nella regione vulvo-anales, ed era tormentata da molestie addominali, per cui cercava i soccorsi dell'arte. Esplorata l'inferma presentava queste placche mucose ulcerate nella regione suindicata, era febricitante con polsi piccoli frequentissimi, col ventre meteorizzato dolentissimo sotto la pressione, con diarrea che alterava la costipazione. La diarrea era di materie giallastre, talvolta sanguinolente, dissenteriformi; sintomi tutti che non avevano preso incremento d'un tratto, ma si erano svolti gradatamente dietro leggerezze ma ripetute sofferenze in specie delle pareti del basoventre accusate dalla inferma alla più leggera palpazione. Aggiungì a tutto questo lo smagrimento graduale e una ca-

chessia che era cresciuta di giorno in giorno. L'esplorazione minuziosa e ripetuta della cavità toracica ed addominale, ogni mancanza di retaggio tubercolare mi fecero sospettare che potesse trattarsi di entero peritonite gommosa, (fase patologica delle forme terziarie della sifilide) conoscendo appieno che questo flagello dell'umana famiglia non rispetta organo o tessuto dell'economia viva. Era a mia cognizione che questa malattia da molti valentissimi è negata e da altri pur distintissimi è messa in dubbio; pure confortato dall'esistenza di varii getti gommosi succutanei nella regione del dorso e dalla anamnesi, mi pronunciai per un entero-peritonite gommosa. Prescelsi a metodo di cura le iniezioni ipodermiche di calomelano, come quelle che il più delle volte ho sperimentato vantaggiosissime, allorchè sintomi gravi ed allarmanti impongono a scongiurare il più sollecitamente possibile l'infezione sifilitica dall'organismo. Vedevo la necessità di somministrare lo ioduro potassico a dose piuttosto generosa, me le condizioni irritative del bassoventre mi costrinsero a propinarlo invece a tenue dose e a mano sospesa. La suprema iattura del sangue indotta dalla cachessia, cresciuta dalla necessaria cura misto-specifica, mi diedi opera a riparare col ferro, amari, vitto animale e vino generoso. A nulla giovarono alla malata queste sollecite cure, che anzi incalzando ogni giorno più marasmo e diarrea, ridussero la Giammaria allo stremo della vita e nel gennaio 1871 chiuse i suoi giorni. La sezione comprovò appieno la diagnosi. Da questo fatto mi persuasi viemmeglio di quel vero che talvolta più che altrove il quadro clinico del morbo vale quanto una dissezione anatomica e molte volte meglio ancora d'una osservazione microscopica, a dilucidare la natura di alcune alterazioni. E a comprova di questo asserto basta rammentare le dottrine differenti di Hunt e Ricord, Robin, Foerster, Virchow, Lancereaux, Billroth, Houn, Wagner, Ranvier, Cornil, Langlebert, circa lo esame delle produzioni gommosi. Non pertanto a togliere ogni possibile errore con un'entero-peritonite tubercolare con cui poteva pure confondersi, inviai un brano d'intestino al chiarissimo professore di anatomia patologica dottore Tommasi Crudeli, che gentilmente mi fece tenere il risultato microscopico, che prima di riferire farò precedere da alcuni particolari che mi occorsero nella autopsia e che stimo non indifferente

far conoscere a maggior dilucidazione del fatto. Il processo morboso era esteso a tutto il peritoneo parietale e viscerale dell' epate, dello splene ed intestina, con qualche processo adesivo dei tenui al peritoneo perietale, non che del fegato alle stesse pareti. I tenui erano attaccati e l' ileo maggiormente, i crassi erano normali. Si osservarono nei tenui restringimenti fusiformi cilindrici che si alternavano con dilatazioni ampollari, i restringimenti poteansi assomigliare in qualche maniera ai rettali descritti da Gosselin, agli esofagei di Vilchs, Virchow, West. Aperto l'intestino nel luogo dei restringimenti, appariva la mucosa leggermente iperemica e rammollita: non segni di ulcerazione nè cicatrici che accennassero a questo processo. I depositi gommosi presentavano una forma lenticolare di color bianco giallastro, leggermente salienti, altripiu altri meno duri; questi ultimi resistenti e stropicciati davano un leggero crepito; e pel loro numero rassomigliavano ad un vajuolo discreto. Incisi alcuni di questi depositi gommosi, presentavano uno stato di sclerosi, mentre alcun'altri di processo colloide. Esaminati diligentemente gli altri visceri del cavo addominale non si riscontrava alcun che di morboso nel loro parenchima. Nulla risultava dall'esplorazione anatomica delle sierose dei visceri delle altre cavità, e nulla specialmente si rinveniva nel polmone che poteva alludere a tubercolo.

Osservazioni micrografiche. — I noduli gommosi che facevano rilievo sulla superficie esterna delle intestina avevano sede generalmente nel tessuto connettivo sottosieroso, la qual cosa è stata manifestamente dimostrata dalle osservazioni microscopiche fatte con medii ingrandimenti sopra tagli a tutto spessore delle tuniche intestinali. La forma di questi noduli era lenticolare ed il loro maggior diametro era compreso fra i quattro e gli otto millimetri all'incirca. I noduli erano costituiti da un delicato tessuto fibrillare in mezzo al quale giacevano elementi cellulari nucleati più o meno rotondeggianti e addossati gli uni agli altri da un diametro variabile fra i 6 e i 15 numeri di millimetro: queste cellule si vedevano disposte in gruppi entro spazii alveolari circoscritti da fibrille di tessuto connettivo. Il nodulo non aveva limiti netti, e alla periferia il suo tessuto si confondeva infallibilmente col circostante tessuto connettivo nel quale si osservava una rigogliosa proli-

ferazione di piccoli elementi cellulari somiglianti in tutto alle cellule della linfa. — Dissi che la sede delle neoformazioni gommose era generalmente il tessuto sottosieroso, imperocchè la stessa neoplasia si era pure osservata nel tessuto connettivo sottomucoso, lo che può darci ragione della ristrettezza del calibro dell'intestino riscontrata in parecchi tratti di esso.

Considerato l'assieme di tutto ciò che può appartenere al mio caso speciale, in apprezzazione di alcune viste generali di patologia, dirò col patologo di Padova, il Rosanelli, « che » la malattia è un ente composto che devesi analizzare studiando tutti gli elementi che la costituiscono. » Ardua è l'impresa in moltissime contingenze morbose, però accontentandosi di notare alcuni fatti, riassumere certi gruppi di fenomeni, esaminarne le evoluzioni, investigarne le movenze causali con un metodo razionale esclusivo, si può giungere a determinare una data forma morbosa e collocarla nel vero quadro nosologico. Questo modo di procedere lascia, è vero, qualche incognita, ma tuttavia ha il gran vantaggio di far rimanere tutto nel dominio dei fatti, di non creare assurdi enunciati, e permette di riunire malattie di ugual natura come risultato delle identiche organiche modificazioni.

In sifilologia più che in qualunque branca della medicina trovano appoggio tali principii di filosofia medica. Se adunque nel caso annunciato non ci soccorre speciale alterazione anatomica, nè peculiare osservazione microscopica (nella quale non è dato per ora riscontrare elementi caratteristici da stabilire indubitato diagnostico) pur non di meno concorrono dal mio lato l'anamnesi, l'esclusione di ogni altro elemento causale, non retaggio di malattie tubercolari, una regolare evoluzione morbosa, concomitanze identiche in altri punti dell'organismo, onde parmi di poter affermare che la nostra inferma fosse affetta da enteroperitonite gommosa.

Aneurisma traumatico per ferita dell'ascellare destra e legatura della succlavia

Gli aneurismi e le ferite dell'arteria ascellare richiedono, al dire di Velpeau, le più serie considerazioni dei chirurghi.

E a ragione, giacchè i risultati poco soddisfacenti che si sono ottenuti dal trattamento degli aneurismi veri e falsi di questo vaso, hanno costretto ben di sovente i cultori dell'arte nostra a ricorrere all'allacciatura della succlavia per redimere una vita, che, all'infuori di quella, andava irrimediabilmente perduta. E in vero, se mal non mi appongo, ove si consideri la giacitura profonda del vaso, le cospicue e numerose vene che gli sono satelliti, e le collaterali che da lei si francheggiano, i voluminosi aneurismi e infiltramenti sanguigni, allorchè è lesa, e che lo celano alla sagace ricerca del chirurgo, ove si consideri, dico, tutto questo, non deve recare meraviglia se i pratici, fuorviando dai notevolissimi insegnamenti di Giovanni Bell, Guthrie ed Erichsen, si permisero (in luogo di legare i due estremi dal vaso ferito, ad impedire le emorragie di ritorno) di passare alla legatura della succlavia.

Il Legouest, guidato dagli stessi principii della scuola inglese, consiglia nella ferita dei vasi arteriosi, qualora non sia possibile l'allacciatura sopra e sotto del punto ferito, farne una doppia a distanza, accoppiando il metodo di Anel e di Brasdor. Quantunque m'abbia la più alta venerazione per i rinomati pratici, pur non potei a manco, in un caso di aneurisma traumatico dell'ascellare, discostarmi da tali giustissimi precetti, attenendomi in simili contingenze al consiglio del patologo britanno Erichsen, il quale dice « che quantunque egli trovi apprezzabilissimo e ragionevole ciò che viene suggerito dai sullodati maestri dell'arte, anzi lo inculchi egli medesimo, pure possono darsi in pratica casi tanto ardui da doversene dipartire e procedere alla legatura dell'arteria a distanza. »

In tale difficile posizione versai allorchè si presentò nel mio servizio di chirurgia Pasquali Agostino, marinese, di anni 47, tempra sanguigna, con un aneurisma traumatico voluminoso, per ferita estesa circa 3 cent., prodotta da istrumento incidente perforante (lungo e sottile coltello), che, penetrato nella medietà del margine posteriore del deltoide destro, era passato a traverso l'articolazione scapulo-omerale, ledendo la cavità glenoidea, e producendo una soluzione di continuo nell'arteria ascellare, era uscito nella parte anteriore dell'articolo suddetto.

L'aneurisma traumatico occupava il mugnone della spalla; sollevato dal sangue raccolto nel cavo articolare scapulo-brachiale.

Nel versante posteriore dell'articolazione si estendeva dal margine deltoideo al margine anteriore di questo per circa 12 centimetri.

L'enorme tumore, il soffio caratteristico rilevato dall'ascoltazione, la mancanza del polso radiale corrispondente mi furono di guida per non andare errato nel diagnostico. Siccome però al presentarsi dell'infermo nell'ospedale la ferita non sanguinava, così fu creduto opportuno praticare una fasciatura compressiva, sopraporre la neve e ingiungere al ferito il più assoluto riposo. Passarono 3 giorni dopo tale medicatura senza che si avesse a lamentare perdita sanguigna, ma al 1° giorno nelle ore prime della mattina si rinnovò, senza causa notevole una forte emorragia. Fatta una esplorazione digitale della ferita per meglio assicurarmi della lesione, potei apprezzare la perforazione dell'articolazione, la violenza dell'onda sanguigna ed i molti grumi onde era ripieno il sacco aneurismatico. Dopocì mi decisi ad allacciare la suclavia, abbandonando l'idea della legatura in posto e sull'istante la raggiunsi con il metodo di Hogdson.

Coricato sul dorso l'infermo col petto sollevato leggermente, con la testa volta al lato manco, con la spalla depressa per rendere l'arteria meno profonda, praticai una incisione dei tegumenti, lungo il margine superiore della clavicola, partendo 2 centimetri dal suo estremo sternale dividendo pian piano tutti i strati organici fino al punto in che pervenni al piccolo triangolo ove trovai posta l'arteria. Discostata la vena sottoclaveare con errina ottusa isolai il vaso, e passai il laccio con l'ago di Cooper, sollevandolo per assicurarmi di averlo compreso; il che fu constatato anco dai sostituti dell'ospedale dottori Ciattaglia e Agostini che mi assistettero nell'operazione. Medica i secondo vuole l'arte, assicurando il laccio in un lato della ferita. Fu situato convenientemente il malato inculcandogli riposo assoluto. Appena terminato l'atto operativo l'arto si raffreddò sensibilmente, ma la temperatura dopo qualche ora tornò ad elevarsi mercè sacchetti di arena calda, con cui ordinai si circondasse. Prescrissi un vitto tenue e una vigilanza continua di un sottosostituto. Osservando gior-

nalmente che le cose procedevano assai bene, largheggiai gradualmente nel vitto per ristorare il Pasquali delle forti perdite sofferte. In questo lasso di tempo discreta suppurazione mista a grumi sanguigni fluiva giornalmente della ferita, e veniva medicata con iniezione di percloduro di ferro allungato, al doppio scopo di opporsi ad una decomposizione settica e di favorire un coartamento nasale nell'ambito della cavità, allontanando in tal modo la probabilità d'una emorragia di ritorno. Al ventesimo giorno si separò la legatura mantenendosi un discreto calore nell'arto quantunque non si avvertisse alcuna pulsazione dell'arteria radiale. Notai solo come fenomeno speciale un certo grado di atrofia nel membro rispettivo. Giunto però il ventiquattresimo giorno si rinnovarono le emorragie dal mugnone della spalla non violente, ma ripetute e refrattarie a qualunque mezzo di emostasi in guisa, che indi a non molto resero cadavere l'infermo. Si venne all'autopsia, e si riscontrò oltre le accennate lesioni a ridosso della cavità glenoidale e tessuti molli, la soluzione di continuo dell'arteria ascellare estesa circa mezzo centimetro presso il terzo suo inferiore, con un grumo accompagnato da traccia di organizzazione prolungantesi lungo l'istessa arteria. Diligenti ricerche per rinvenire l'origine della emorragia furono infruttuose, stante il rapido disfacimento del tumore, e la sanie abbondantissima infiltrata nelle parti circostanti. Osservai pur anco che l'estremità recisa dell'arteria succelava per circa 2 centimetri superiormente e inferiormente si era convertita in un cordone duro e compatto, da non potere accennare ad altro che a processo adesivo, che aveva perfettamente occluso il lume del vaso.

Ho stimato utile pubblicare questa istoria per le ragioni che sono per accennare.

I.^a Per la singolarità della lesione arteriosa a traverso la articolazione scapulo-omerale. II.^a Per il voluminoso tumore aneurismatico che si era formato, procedente in parte dal sangue raccolto nel cavo articolare con forte distendimento della capsula. III.^a Per la termogenesi che si mantenne nell'intero arto in tutto il tempo che visse l'infermo. IV.^a Per la emorragia che devesi probabilmente ad un processo erosivo di qualche ramo collaterale, stantechè fu riscontrato un coagulo, che accennava ad un'organizzazione lungo l'arteria incisa. Da ul-

timo per la completa oblitterazione del vaso, su cui fu praticata la legatura, e per il regolare e sollecito processo riparatore e cicatrizzante che percorse la ferita, in sì breve spazio di tempo.

Adenoma della ghiandola sottomascellare destra.

La ghiandola sotto-mascellare innicchiata nella concavità del digastrico, separata dalla pelle per la vena faciale e il platisma-mioide, limitata in alto dalla branca orizzontale dell'inferiore mascella, indentro dai muscoli io-glosso e milo-ioideo e dall'arteria faciale, al disotto dall'arteria linguale e nervo ipoglosso, questa ghiandola può essere affetta da varie infermità. Esagerazione di volume per acute e croniche malattie buccali, per irradiazioni di malattie della parotide, per processi iperplastici ed eteroplastici. La storia ricorda pochi casi di estirpazione di codesta ghiandola, che siano bene autenticati, ma piuttosto i referti accennano ad estirpazione di gangli. Ranzi, 1840, pubblicò un caso di estirpazione di ghiandole sotto-mascellare e sotto-linguale, per cancro, praticata da Regnoli, una secoda volta fu estirpata da G. Cloquet e Amusat; ma Velpeau nella sua Chirurgia operatoria dice apertamente che dubita del vero e non manca di asserire che egli è scettico completamente in questo genere di storie redatte, e crede non darsene esempio autentico. Sédillot l'ha praticata nel 1864 in una donna di 72 anni, e narra che l'operata quantunque fosse in età così avanzata n'ebbe felice successo, e la malata per 3 o 4 anni visse in prospera salute. Non fa difetto nella storia, riportata dal Sédillot, l'osservazione microscopica da cui si rilevi che realmente trattavasi di estirpazione della ghiandola sotto-mascellare.

Si presentò alla mia consultazione una donna con enorme iperplasia della ghiandola sotto-mascellare destra, accompagnata da turbe cerebrali. Avvisatomi che il caso era meritevole di attenzione per essere l'asportazione di detta ghiandola operazione quasi rara, mi dicesi d'eseguirlo. Ecco un cenno storico della malata.

N.N. romana di anni 40, temperamento linfatico, venne a

domandarmi consigli per un tumore situato al lato destro del collo. Per l'esame accurato del tumore potei rilevare trattarsi di un Adenoma della ghiandola sotto-mascellare. Interrogata l'inferma circa l'anamnesi, appresi che la malattia aveva venticinque anni circa di esistenza, che era cresciuta poco a poco, fino a raggiungere il volume d'un melarancio. Tutte le cure sì interne che esterne praticate dall'inferma fino dal cominciamento di sviluppo del tumore erano riuscite a vuoto, e che aumentato vieppiù da qualche tempo avea cresciuto a mille doppi le leggere molestie che recava in principio; cefalalgie, vertigini, senso di peso continuo al capo per compressione incompleta sulla iugulare, da cui un difetto nel circolo di ritorno. Fatto conoscere all'inferma unico mezzo di guarigione essere l'estirpazione, vi si sottopose di buon grado. Situata in conveniente posizione l'operanda, previa cloroformizzazione praticata dal dott. Bertini, assistito dal dott. Giorgini, mio aiuto d'articolare dai dottori Ciattaglia, Morganti e De-Sanctis, praticai un taglio crociforme della pelle ed del platisma-mioide e delle due fascie aponeurotiche superficiale e media del collo, e scoprii la ghiandola. Cansato il nervo ipoglosso e l'arteria faciale, potei sebbene con molta difficoltà venire in possesso del voluminoso tumore che diligentemente dissecai ed asportai. Fu medicata la ferita con qualche punto di sutura e con liste di cerotto agglutinativo e apposita fasciatura; una lieve emorragia venne a complicare qualche ora dopo il buon andamento dell'operazione, però fu sollecitamente arrestata. Altro sintomo inquietante fu la disfagia che durò cinque o sei giorni, che però andò scemando gradatamente. Al quarto giorno dell'operazione fu medicata e tutto passò senza disturbo alcuno fino a completa cicatrice che avvenne il 50° giorno dall'operazione. Consegnato il tumore al prof. Tommasi direttore dell'Istituto fisiopatologico della R. Università, ebbe la gentilezza di conservare il pezzo patologico da me inviatogli, lo pose nel gabinetto anatomo-patologico di S. Spirito e mi fece conoscere, che dall'osservazione microscopica risultò il pezzo patologico esser veramente un adenoma della ghiandola sotto-mascellare, come quello che è costituito da tutti gli elementi che compongono tali neoplasie.

Concludo che i tumori della ghiandola sottomascellare, al-

lorchè sono prodotti da tessuto etero-plastico, si debbono asportare, di qualunque volume essi siano, purchè non si accompagnino con diffusione di processo della medesima natura nelle vicinanze o in altre parti dell'organismo. Quando però si ha a fare con tumori d'indole non maligna, allora solo devono cadere sotto il ferro chirurgico, quando, raggiunto un volume ragguardevole, per sconcerti morbosì che recano, minacciano da vicino la vita degli infermi. E a mio avviso per doppia ragione, perchè le ferite del collo sono gravi per sè stesse, e perchè la ghiandola sottomascellare occupa località tale da non poter raggiungere la sua estirpazione se non dopo una profonda ferita, che va ad eseguirsi in una regione di alta importanza anatomica.



2129







