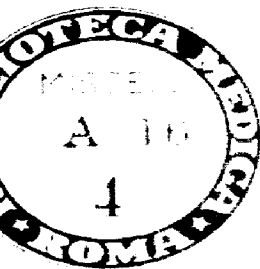


BIBLIOTECA  
ANCISIANA



*Donaggio dell' A*

**Dott. ETTORE MOROTTI**

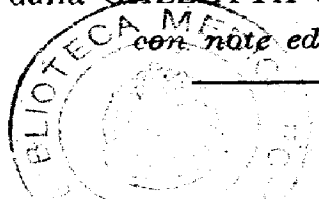
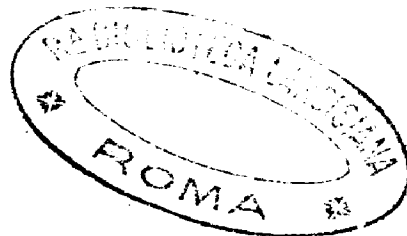
Assistente alla Clinica Chirurgica della R. Università  
di Modena

# LETTERE CHIRURGICHE

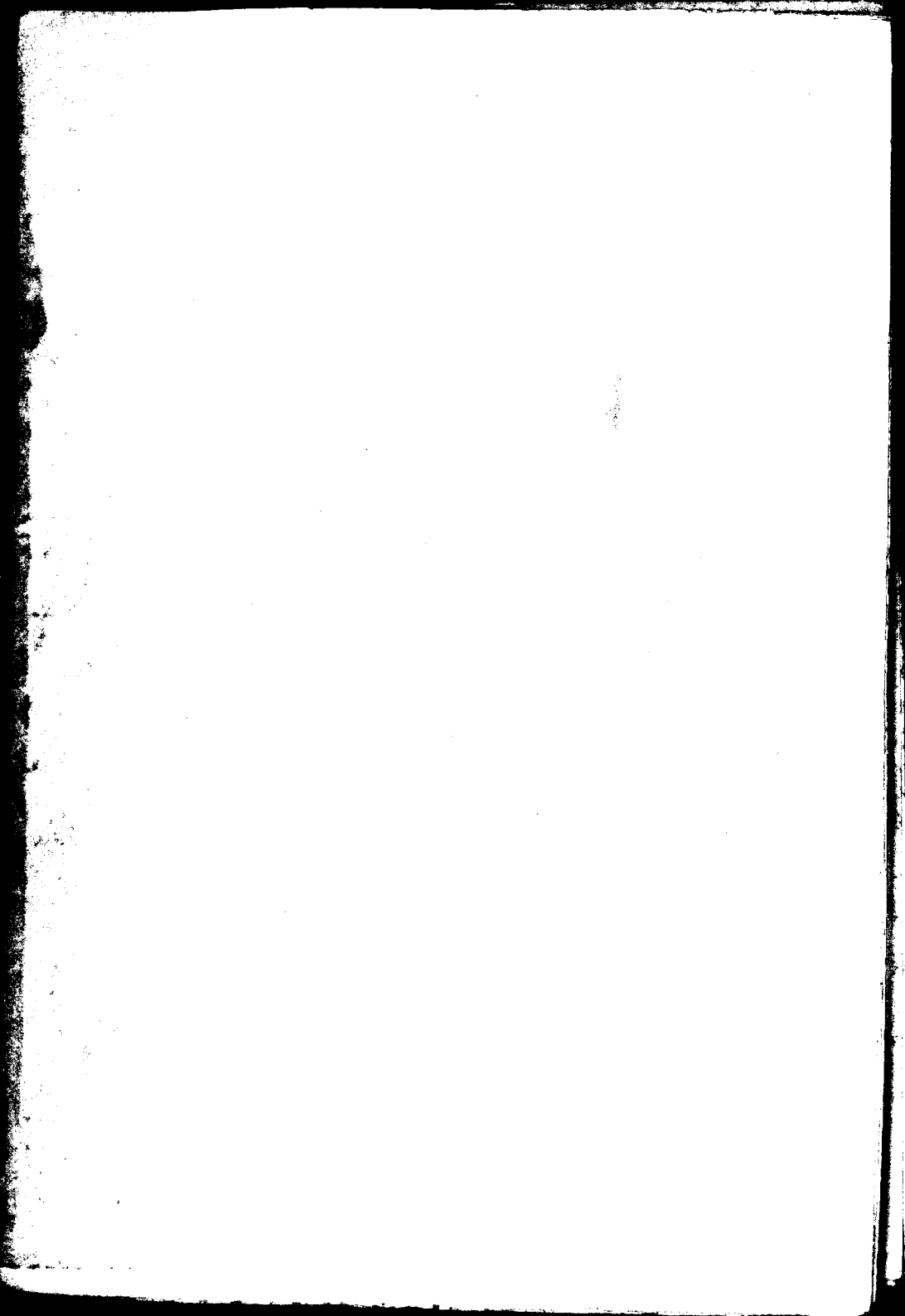
dall' Inghilterra e dalla Scozia

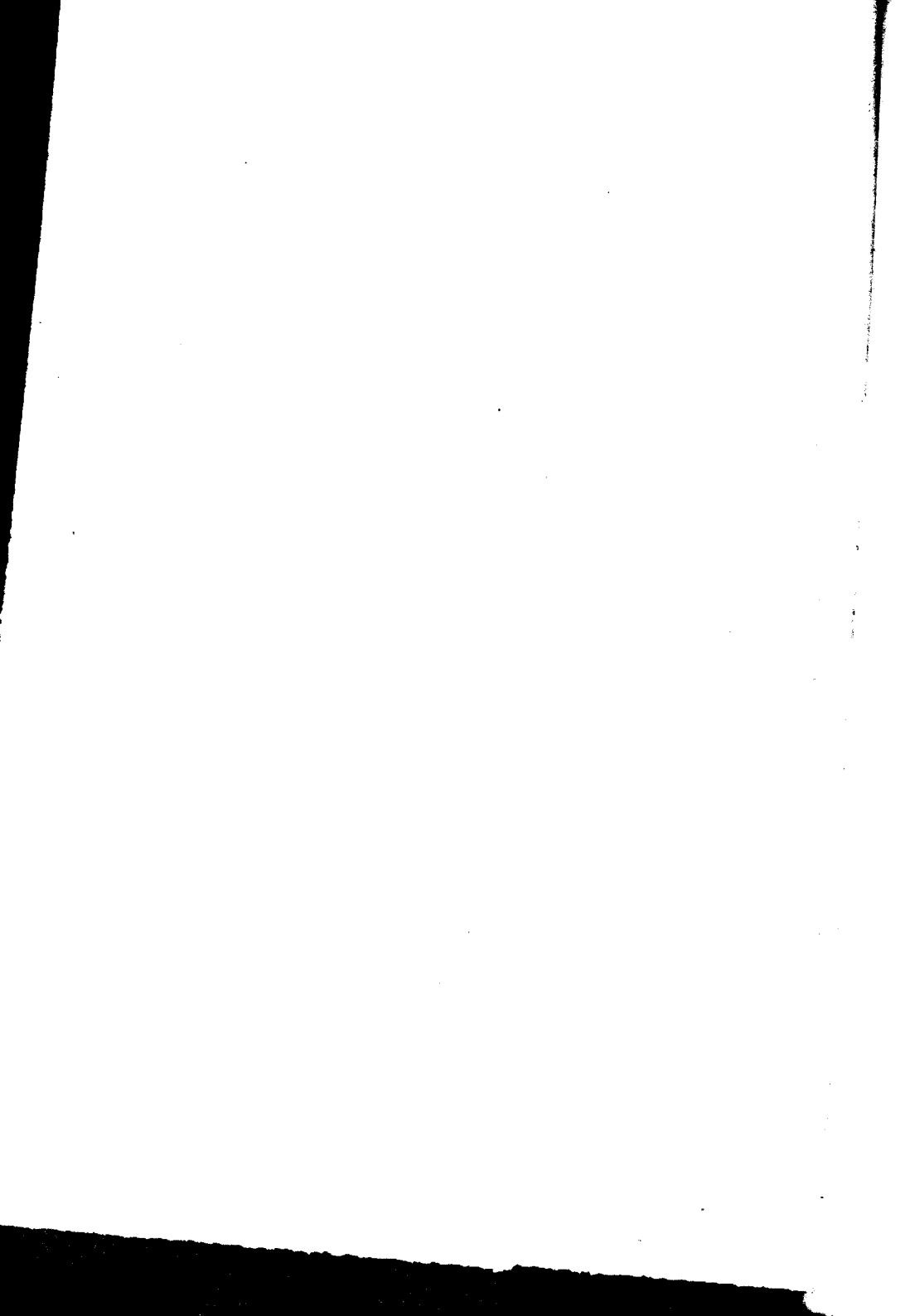
Estratto dalla GAZZETTA degli OSPITALI 1890 - 91

*con note ed aggiunte*



*8-6 / 570*





**Dott. ETTORE MOROTTI**

Assistente alla Clinica Chirurgica della R. Università  
di Modena

---

# LETTERE CHIRURGICHE

dall'Inghilterra e dalla Scozia

---

Estratto dalla GAZZETTA degli OSPITALI 1890 - 91  
*con note ed aggiunte*

---

ANTICA CASA EDITRICE

**DOTTOR FRANCESCO VALLARDI**

MILANO                      NAPOLI                      TORINO  
Corso Magenta, 48. S. Anna dei Lombardi, 36. Carlo Alberto, 5.  
ROMA                      FIRENZE                      BOLOGNA                      GENOVA  
Belsiana, 60. Alfani, 41. Farini, 10. Piazza Font. Morose.  
PADOVA - PALERMO - CATANIA

---

*Proprietà letteraria*

---

---

Stabilimento dell' Antica Casa Editrice DOTT. FRANCESCO VALLARINI  
*Milano, Corso Magenta, 48.*

COL NOME ILLUSTRE  
DEL  
prof. Comm.  
ENRICO BOTTINI  
*Senatore del Regno*  
QUESTE LETTERE  
LICENZIANDOLE ALLE STAMPE  
VOLLE  
L' AUTORE  
VALIDAMENTE PRESIDARE  
GRATO OMAGGIO COTESTO  
DI DISCEPOLO REVERENTE E DEVOTO

Molena, 29 dicembre 1891.



## LETTERA PRIMA

**Introduzione — Londra, grande centro di studii —  
Ospedali generali e " Medical Schools " — L'U-  
niversità inglese.**

Londra, 12 agosto 1890.

Nel rendere pubbliche le modeste impressioni del viaggio, che ora sto compiendo attraverso gli Istituti scientifici e di beneficenza dell'Inghilterra, farò tutto quanto sta in me per riuscire un po' diverso dagli ottimi e valenti colleghi che mi hanno preceduto.

Una smania del nuovo a tutto pasto, intemperante, temeraria che ora invade le lettere e le arti, si è impossessata anche della scienza, e poiché i fatti non soffrono raffazzonamento di sorta e rimangono tal quali a dispetto di chi vorrebbe travisarli o architettarli a talento suo, così è necessario studiarli sotto un nuovo punto di vista, e giudicarli, se è possibile, con modi di critica tutt'affatto differenti. Sarò franco, schietto e so-

prattutto originale, volendo richiamare l'attenzione del lettore su ciò che di bello e di buono vado osservando nelle mie peregrinazioni in questo splendido paese — e che sarebbe applicabile da noi.

Sapendo come le visite fuggevoli del viaggiatore lascino appena scorgere le cose superficiali, sicchè spesso non si riesce che a vedere una parte sola di quanto vi è di veramente importante, ho preferito specializzare le mie osservazioni e studiare da vicino alcune branche della chirurgia inglese, quelle cioè che, vuoi per la loro straordinaria novità di sviluppo, vuoi per la simpatia speciale che ho sempre per loro provato, s'imposero sin da principio alla mia attenzione. Ciò, tuttavia, non mi ha impedito di predicare i primi giorni della mia dimora a Londra, ad uno sguardo rapido e ad un tempo minuto e diligente degli ospedali, e degli istituti scientifici più importanti. Il direttore della *Gazette* nell'accordare gentile accoglienza fra le colonne del suo giornale a queste mie povere corrispondenze, mi raccomandò caldamente di essere breve e succoso, quindi non mi dilungherò in disquisizioni statistiche e tanto meno annoierò il lettore coll'esposizione di una lunga serie di particolari che altri hanno già descritto e che non presentano grande interesse, potendo essere letti su qualunque guida o su quegli *Annual Reports*, che le segreterie di detti ospedali tengono a disposizione del pubblico.

Londra è ricca d'istituti clinici d'ogni foggia che si concentrano negli ospedali generali, i quali non corrispondono alle condizioni di semplici nosocomii, ma piuttosto al concetto di veri istituti universitarii. Si presentano per la più parte come gigantesche costruzioni, alcune circondate da boschetti e giardini, ed edificate in base ai principii della più scrupolosa igiene. I locali sono in generale ampii, ma non così smisurati come si vedono qualche volta da noi, spaziosi e bene aereati: l'adattamento interno corregge molte volte qualche inevitabile difetto di costruzione, l'arredo vi è semplicissimo, senza pretese di sorta, fatto però in modo da ricordare al paziente, per quanto è possibile, tutti i conforti della propria *home*. A ciò si aggiunga una perfetta distribuzione di latrine inodore, potenti e modernissime macchine per ventilazione e riscaldamento, un'ottima cucina e ovunque nelle sale un ordine, una precisione inappuntabile, una proprietà che spicca in tutti i più minuti particolari delle case e delle persone. Desta poi un senso di speciale ammirazione la straordinaria pulizia, la celebre *english cleanliness*, che forma tanta parte della vita e del benessere della nazione inglese. Sorvolo ora sulla descrizione peculiare dei più importanti tra gli ospedali generali, come il London Hospital, il St. Thomas's, il Guy's, il St. Bartolomew's, il St. George's, premendomi prima di chiudere questa lettera di fornir qualche cenno sull'organa-

mento degli studii medici in Inghilterra, assai differente, come vedremo, da quello della Scozia.

A ciascun ospedale generale è concessa la facoltà di impartire l'insegnamento, purchè abbia un certo numero di letti: ossia 150 per la metropoli e 100 per la provincia e colonie: ciascuno si regge con leggi proprie, è perfettamente autonomo ed i mezzi vengono concessi dai benetattori, che con volontarie contribuzioni ne sopportano le gravi spese. Così è che in Londra, in luogo di una grande, colossale università proporzionata alla vastità della città, esistono dodici ospitali generali o Medical Schools che per la fama mondiale dei loro professori, e per la straordinaria dovizia del materiale clinico, sono altrettante sorgenti inesauribili di studii e centri di grande movimento scientifico. Ben lungi dall'essere partigiano di grandiosi ospitali, dove il cumolo di molte cose è certamente nocivo al loro felice andamento, pure non posso fare a meno di dichiararmi favorevole a questo ordinamento: le Medical Schools sono grandiose istituzioni che, oltre al creare dei buoni medici e chirurghi, provvedono largamente al benessere degli ammalati. L'istruzione scientifica e pratica che ha in Inghilterra la durata di quattro anni viene concepita da giovani medici e chirurghi in quei recinti: essi sono a continuo contatto degli ammalati, seguono con occhio vigile e attento l'andamento delle diverse fasi della malattia e finiscono col diventare bravi ed esperti professio-

nisti. E là si trova tutto quanto concerne le mediche discipline: scuole d'anatomia, di fisiologia, laboratori ricchissimi, come ad esemp. quello di istologia normale e patologica nell'University College; musei, fra i quali celebre quello del Royal College of Surgeons; gabinetti, come l'Hunteriano al Guy's Hospital, meraviglioso per la raccolta di pezzi patologici del corpo umano, ed infine biblioteche ricchissime, provviste di libri e di giornali d'ogni parte del mondo e fornite di tutto il conforto che mai si possa desiderare. Queste, chiamole pure università inglesi, colla loro speciale costituzione, col loro intimo organamento e colla loro singolare attività scientifica, possono, secondo la mia debole opinione, essere citate come esempio, come modello. È un sistema che trasportato in Italia forse non attecchirebbe, nè porterebbe buoni frutti: ma riguardo alla società ed al profitto che qui si ricava dagli studi è certo che noi abbiamo molto da imparare. Le descrizioni anche entusiastiche di un libro o di un giornale a nulla valgono: si venga a vedere come in Inghilterra si gettino fundamenta d'istituzioni che durino, si venga a vedere come è fatta un'università inglese, come ad es. quella di Oxford, dove tutti gli studenti sono ascritti ad un collegio e ci vivono dentro; un'università in ciascun collegio, della quale vi hanno maestri propri, tutors, le cui lezioni gli studenti, divisi in gruppi per ciascuno, sono soltanto obbligati a seguire; una università

che si governa da sè medesima, ma che è pure connessa collo stato e a cui continuano ad appartenere, anche dopo usciti da essa, tutti quelli che v'hanno ricevuto l'insegnamento; un' università che ha pure professori o lettori pubblici, pagati profumatamente e che crescono di numero ogni anno, i cui corsi sono tutti o quasi tutti liberi; un' università che istituisce premi a chi studia nei più variati soggetti; un' università, insomma, che noi proviamo difficoltà ad intendere e la cui efficacia è grande in tutta quanta la vita della nazione.

## LETTERA SECONDA

Ordinamento degli studii in Inghilterra. — La serietà dei medici inglesi. — Ospedali speciali: loro importanza.

Londra, 16 agosto 1892.

Ben diverse da quelle che sono oggidì erano le *Medical Schools* mezzo secolo fa. L'insegnamento era assai meno completo, gli esami mancanti di serietà e di garanzia. Nella brochure di Sir James Paget: « *St. Bartolomew's Hospital fifty years ago* » si legge come fosse universale costume degli studenti il far l'*apprentissage* alla campagna e rimanere in seguito diciotto mesi in Londra prima di presentarsi al Collegio. Gli esami al *College of Surgeons* erano fatti da dieci esaminatori, seduti ad una tavola semicircolare, puramente orali, e duravano venti minuti. L'istruzione preparatoria ai medesimi si compieva a mezzo di letture e non era fuori dell'ordinario che un insegnante leggesse su più soggetti. Così, al S. Bartolomeo, Stanley, chirurgo dell'Ospedale, leggeva

in anatomia e fisiologia e il medico più anziano in medicina e chimica, non essendovi allora alcuna pratica istruzione clinica, mentre invece ora ciascuno dei grandi ospedali possiede un completo insegnamento medico-chirurgico. I giovani vanno dove credono maggiore l'abilità degli insegnanti, pagano un certo numero di sterline annue, e mediante un concorso possono essere poi ricevuti come interni, nel qual posto continuano un anno, talvolta un biennio ed hanno il vitto e la camera con tutto l'occorrente. Gli interni più diligenti e studiosi sono nominati *House surgeons* o *physicians* di qualcheduno tra i professori insegnanti, ed in seguito possono venire innalzati, mediante l'unanime consenso dei colleghi, al grado di *Assistents surgeons* o *physicians*. Nello stesso modo viene regolata la scelta dei professori insegnanti, che sono generalmente uomini di scienza, di grande dottrina, o che godono già gran fama per un numero cospicuo di arrischiate e brillanti operazioni.

I titoli sono di tre sorta e rilasciati da tre diverse corporazioni: per i medici il *Royal College of Physicians*, per i chirurghi il *Royal College of Surgeons*, per i farmacisti la *Society of Apothecaries*. E come non vi ha d'uopo di gradi accademici, nè di autorizzazione governativa per poter insegnare, giacchè chi si sente di poterlo fare, lo fa, così pure appartiene ad ognuno la libertà d'esercizio, purchè provvisto di un diploma

rilasciato da una delle moltissime corporazioni riconosciute dal « *General Council of Medical Education and Registration of the United Kingdom* » ed il suo nome sia stampato sul « *Medical Register* ». Il che viene sempre più a provare lo straordinario spirito d'indipendenza del carattere inglese: nulla di ufficiale, nulla di burocratico nell'esercizio della professione, nulla infine che incateni il libero svolgimento dell'educazione scientifica e paralizzi i giovani nei loro primi sforzi per far carriera.

Data questa libertà d'insegnamento e di esercizio, si dovrebbe facilmente supporre che in Inghilterra pullulino gli acconcia-ossi, i chirurghi-barbieri, i cerretani, ed in una parola tutta quella classe di luride persone che insozzano la scienza, profanandola in ogni modo e facendone turpe mercato. Sono contento di poter dichiarare con cognizione di causa che, salvo rarissime eccezioni poco o punto apprezzabili, l'Inghilterra a questo proposito è molto più fortunata che l'Italia e la Francia: il medico non esercita se non quando può farlo, e compie il suo ufficio in modo decoroso e reale, con una sapienza, con una carità, con uno zelo veramente alto, veramente degno del grande amore per l'umanità che rappresenta. È altresì edificante il contegno tenuto dai medici fra di loro: sono affatto sconosciute le diffamazioni, le ingiurie reciproche — le guerricciole e le basse manovre per rubarsi l'un l'altro i clienti

— la pratica è dovunque esercitata con grande serietà, onestà e vicendevole rispetto. Ne consegue che gli ammalati pongono gran fiducia nel loro medico o chirurgo — non corrono da questo a quello come, pur troppo, è vezzo comune da noi — sono legati a lui nella buona e nell'avversa fortuna — e, pieni di riconoscenza, lo remunerano generosamente. Si è per tutti questi fatti, e per aver praticato e vissuto insieme coi medici, che sono venuto nella persuasione che la classe di essi sia universalmente stimata, tenuta in gran conto, e di reale e duraturo vantaggio alla nazione.

Oltre alle scuole mediche esistono in Londra molti altri spedali generali di minore importanza ed una quantità stragrande di ospedali speciali, dove sono trattati i varii rami clinici e dove insegnano ed operano valentissimi chirurghi.

Salvo poche eccezioni, essi sono di recente origine: si cominciò pochi anni fa a trovare non compatibile cogli interessi di un ospedale generale l'albergarvi certi casi di malattie contagiose: gli incurabili venivano esclusi da molte istituzioni, i malati di sifilide non erano ammessi in alcuni ospedali a base religiosa e così via; sorsero i promotori di separate istituzioni, queste trovarono grande favore nel pubblico e ben presto andarono aumentando sino a raggiungere in pochissimo tempo la rispettabile cifra di circa duecento. Tra essi ricordo otto o dieci ospedali per i convalescenti,

tre grandiosi ottalmici, quattro ortopedici, poi tre per le malattie nervose, quattro per le malattie del petto, altri quattro per le malattie della gola e dell'orecchio, tre ginecologici, quattro istituti di maternità, uno grandissimo per le malattie veneree e sifilitiche, due per le affezioni anali, uno per i calcoli vescicali, uno per il cancro, il Temperance London Hospital, uno per i tisici ed infine uno omeopatico. Ognuno di questi istituti offre un largo campo di studii ed una cospicua messe di casi pratici agli amanti della specialità, la quale quindi non è come da noi il monopolio di pochi fortunati, che hanno per caso potuto avere i mezzi di dedicarsi a quella tal medica o chirurgica disciplina: gli specialisti sono tali perchè per un certo numero di anni hanno vissuto in un ospedale speciale, ed hanno consacrato le loro forze alla ricerca del nuovo e del meglio in vantaggio della loro scienza. Mi ricordo che a Milano la nomina degli Assistenti alle Ambulanze speciali di S. Corona viene fatta, non a tenore di quanto può sapere in una specialità il giovane prescelto, ma è sovente dettata da ragioni di ordine burocratico, talvolta di pura anzianità. Ciò in Inghilterra non avverrebbe, e un medico o chirurgo non indirizzerebbe al collega specialista clienti della partita, se non fosse sicuro del suo valore e del posto che il medesimo occupa nel mondo scientifico. È talmente grande ed incomparabile il beneficio che ne viene alla scienza dalla creazione

di questi ospedali speciali, ch'io ne raccomando caldamente l'istituzione ai nostri luminari: si darebbe così ai cultori delle specialità il mezzo di migliorarsi, di perfezionarsi e di moltiplicarsi, ed ai malati il vantaggio immenso di essere curati opportunamente e cogli ultimi trovati della scienza. Mi si potrà obiettare che qui in Inghilterra tutti questi ospedali speciali sono sempre vissuti e vivono a furia di nobilissimi sforzi della carità privata, la quale è illuminata, perchè la nazione è immensamente ricca: ma io ho fede eziandio nella carità della nostra bella Milano, la quale non si stanca mai di dare, di dare sorridendo, buona e felice di esser buona, aggiungendo un tesoro di dolcezza spirituale all'elemosina che ella fa.

## LETTERA TERZA

---

**Doti principali della chirurgia inglese — Lo stato attuale della questione antisettica in Inghilterra — Sir Joseph Lister e la Scuola avversaria.**

Londra, 21 agosto 1890.

Dopo quanto sono venuto esponendo nelle due precedenti lettere, risulta evidente che Londra non ha rivali come campo di studj e come immensa ricchezza di materiale clinico. In un diligentissimo lavoro di Sir G. Poore, raccolgo che nel 1887 i pazienti ricoverati e curati nei S. Bartholomew's, London Hospital, University College, Guy's, Middlesex, S. Mary's, S. Thomas's, Westminster, Charing Cross, King's College, raggiunsero complessivamente la cifra abbastanza rispettabile di 504,839, che diede un totale di 1,386 per ciascun giorno dell'anno. E poichè nelle Medical Schools i malati di chirurgia sono in prevalenza, non vi è niuno che non pensi come attivo debba essere il lavoro chirurgico e quali opportunità abbiano gli studenti di assistere continuamente ad

ogni sorta di atti operativi e di arricchire sempre più la loro suppellettile scientifica.

Le modeste proporzioni del mio piccolo lavoro non mi permettono ora di prendere, come ne avrei desiderio, in considerazione tuttociò che si è fatto recentemente e che si fa tuttora nel campo della chirurgia, nè tanto meno tessere l'elogio degli uomini che rappresentano la miglior parte della chirurgia contemporanea; in seguito, trattando della *chirurgia cerebrale*, argomento di grande attualità, e di quella degli *organi genito-urinari*, darò un rapido cenno sul modo di condurre le operazioni, sul contegno e sul metodo seguito dai chirurghi stessi. Le doti principali della chirurgia inglese, per dire in breve ciò che mi venne suggerito dall'aver presenziato molte operazioni, sono una gran semplicità unita ad una potente efficacia d'azione. I chirurghi inglesi, talvolta distintissimi per ingegno e per dottrina, forniti sempre di squisito senso pratico, presentano nel loro modo di condursi un'imponente serietà; sono attivi, conscienziosi e soprattutto studiosi, cosicchè anche quando la loro sapienza e destrezza non è gran cosa, vi suppliscono ammirabilmente coll'ordine, colla diligenza e colla ferrea volontà di riuscire. Ciò che è caratteristico in loro è l'amore tenace alla tradizione, il che però non ritarda punto la costante e continua evoluzione della loro arte, che in questi ultimi tempi ha fatto notevolissimi progressi.

Una grave questione che da cinque anni a questa parte agita i chirurghi inglesi è la questione antisettica: a me sembra che la strana ed accanita opposizione trovata qua dal Listerismo al suo primo apparire riesca appunto la prova più convincente del come sieno gelosamente custodite le tradizioni. Il nuovo metodo di trattare le ferite, scoperto da Lister, mentre da noi, in Germania, e via via in tutte le parti del mondo, ebbe favorevole accoglienza e rapida applicazione, qui suscitò gravi polemiche, che non sono ancora finite; anzi cambiando forma ed inasprendosi sempre più, fervono tuttora, combattendo nei due campi i luminari della scienza e della pratica. Chiunque ha seguito le fasi di questa titanica lotta, ha potuto accorgersi come le successive modificazioni portate a questo sistema dagli avversari, non ne abbiano alterata l'intima essenza; il grande concetto di Sir Joseph Lister, che ha cambiato faccia alla chirurgia, resterà tal quale, e l'autore passerà ai posteri come una delle più nobili figure del nostro secolo e come uno dei più grandi benefattori dell'umanità. I più fieri ed accaniti avversari di tale sistema sono il Bantock, allievo di Spencer Wells, e il Lawson Tait, celebre ginecologo che insegna a Birmingham: essi non fanno subire ai catgut, alle spugne, agli istrumenti alcuna preparazione antisettica, accontentandosi di ottenere una rigorosa asepsi coll'uso del sapone e dell'acqua sterilizzata; confortati nel

far ciò da un numero assai rimarchevole di felici ovariectomie, ottenute osservando una rigorosa pulizia delle mani, degli istrumenti, raddoppiando sempre più di precauzione per ben purificare le spugne, il preside di maggior importanza nella chirurgia addominale. A noi che attribuiamo i mirabili progressi di quest'ultima all'antisepsi e che vediamo per essa oramai pressochè divenuta comune la riunione per prima intenzione, parrà strana questa fiera ed ostinata opposizione, tanto più che in ultima analisi i due sistemi, se differiscono nei mezzi, nella sostanza si rassomigliano assai. È una questione arruffata che ha prodotto molta sensazione, e, quel ch'è peggio, indicibile confusione tra chirurghi inglesi. Ciò che poi ora si può dire, si è che essa non ha ancora raggiunto il suo ultimo stadio di sviluppo. La necessità della più perfetta nettezza e sterilizzazione delle mani, degli istrumenti, del campo delle operazioni e delle medicazioni è dovunque riconosciuta: la discussione e la scissura sta tutta nei metodi e nei mezzi proposti. Un interessante studio sarebbe quello di raccogliere tutto quanto si è pubblicato negli ultimi anni intorno a questo interessante argomento, per dimostrare come l'antisepsi d'oggi non è quella di cinque anni fa e molto probabilmente nemmeno quella di dodici mesi or sono ed esporre altresì le vicende di questa battaglia tanto caratteristica per gli uomini che vi presero parte e per l'importanza delle questioni, che ne furono la

causa. Chi in tanto divampare d'idee e di parole si mantenne sempre calmo e sereno di fronte agli attacchi degli avversarii fu Giuseppe Lister, che solo preoccupato del concetto umanitario, quello di strappare alla cruda parca maggior quantità di vite possibile, si studiò d'indurre sempre più nel suo sistema tutte le modificazioni che erano dettate dall'esperienza, accettando quelle obiezioni di cui gli apparivano evidenti la serietà e la giustezza. Così avendo trovato come i microbi non avessero la possibilità di perdere la loro vitalità nella nebbia dello spray, lo abbandonò e usò nell'operare maggiori cautele di quello che non facesse per lo avanti, quando riteneva l'atmosfera invasa dello spray al tutto pura da organismi viventi. Di più, essendogli stato obbiettato che: *l'acido fenico e gli altri antisettici in soluzione tollerabile non erano sufficienti ad evitare la setticemia e che in soluzione forte riuscivano irritanti e davano luogo alla formazione nelle ferite di gran quantità di siero*, sperimentò volta a volta un certo numero di sostanze adoperate o raccomandate da altri chirurghi, nell'intento di trovarne una che ad un sufficiente potere antisettico accoppiasse la blandizie d'azione sui tessuti umani e specialmente sul peritoneo. Ultimamente in un'adunanza della *Medical Society of London*, tenuta il 4 novembre 1889, lesse un importante discorso intorno ad un « *new antiseptic dressing* ».

È una storia assai interessante delle faticose e

minute ricerche istituite all'intento propostosi: rivela grande acume scientifico, perseveranza di lavoro e squisita precisione di dettagli. Comincia coll'espone brevemente le esperienze istituite col l'aiuto delle proprie cognizioni di chimica, e viene a concludere che un primo assaggio lo fece col *doppio cloruro di mercurio ed ammonio* chiamato *sale Alembroth* (1), senonchè portava anch'esso, sebbene in quantità minime una grande irritazione nelle ferite e abbondante secrezione di siero sanguigno. Non si scoraggiò per questo, e continuando pazientemente le sue indagini, riuscì a mettere insieme un nuovo germicida, uno dei tanti *doppi cianuri di mercurio e di zinco*, a composizione bene determinata, che trovò dotato di potere antiseptico, e, incorporato coll'amido, potè fissare alla garza e al cotone, formando così una medicazione, che ad una sufficiente energia antiseptica univa l'assenza di proprietà irritanti. Un tale antiseptico e il sublimato corrosivo, sia collo siero secco, sia sotto forma di soluzioni in svariate proporzioni, sono le sostanze che vengono impiegate attualmente su larga scala nella Clinica di Lister al

---

(1) Il prof. Bellamy, chirurgo al Charing Cross Hospital, operò in questi giorni, ed io ebbi la fortuna di potervi assistere, una *nefrolitotomia*, svuotando un vasto ascesso pelvico e usando durante l'operazione il *sale alembroth*. Ritornai dieci giorni dopo l'operazione e il paziente era in ottime condizioni sì da far credere la guarigione sicura e non lontana.

King's College Hospital, ed i successi che si ottengono in operazioni anche di una certa gravità, sono tali da giustificare pienamente i reperti dell'illustre professore. Questi naturalmente se ne compiace e incaricò il suo *Assistant Surgeon*, *Mr. Carlews* di mostrarmi i riassunti statistici dell'anno scolastico testè spirato: il lettore mi concederà ch'io non riporti numeri, poichè professo per essi una cordiale antipatia; posso, però, assicurarlo che la mortalità è minima e che i risultati sono veramente più che soddisfacenti.

Non sono ancora svaniti gli echi delle dimostrazioni e delle accoglienze fatte a questo grande scienziato al recente Congresso di Berlino, in quello stesso Congresso dove il prof. Bergmann ebbe a dare una lucidissima esposizione del suo nuovo metodo *asettico*, porgendo prove e documenti irreparabili di quanto affermava: io sinceramente credo che il Bantock ed il Lawson Tait colla loro miriade di adepti qui in Inghilterra, ed il Bergmann in Germania, facciano dell'*antisetticismo* senza volerlo: anche lo stesso Lister conviene che sarebbe l'ideale del trattamento chirurgico delle ferite di poter fare a meno, oltrechè dello spray, delle lavature e irrigazioni coi liquidi ora in uso e di tutte le altre medele antisettiche; ma quanta vigilanza, quanta attenzione, quanta accuratezza si dovrebbe esigere dai chirurghi, dagli assistenti e da tutto il personale che prende parte all'operazione! E, d'altra parte, se è deside-

rabile di poter evitare l'applicazione di sostanze anche leggermente irritanti sui tessuti umani, sarà senz'altro più saggio, potendolo, l'assicurarsi completamente dallo sviluppo di microrganismi che compromettano il successo dell'operazione. Lister così finisce il discorso (1): « Lo schizzo, « che vi ho tracciato di queste mie ricerche, vi « dà una piccola idea della fatica che ho dovuto « sostenere. Vi sono di quelli, che ancora riten- « gono l'uso di sostanze antisettiche nella pratica « chirurgica sempre inutile, se non dannoso. La « teoria dell'etiologia dei processi settici è ora in- « dubbiamente assodata: ognuno ora ammette « che la sepsi dipende nelle nostre piaghe dallo « svolgimento di microrganismi.

« Ma i signori, ai quali parlo, sono più o meno « logicamente inclinati a credere nel potere anti- « settico degli umani tessuti. Io credo di aver di- « retto per il primo l'attenzione al potere anti- « settico delle strutture viventi, e credo che non « ci sia nessuno che ci attacchi più importanza « di quello che faccio io. Senza di questo la chi- « rurgia nei primi giorni sarebbe stata impossi- « bile. Orbene: io conosco troppo per esperienza « ciò che non può sempre credersi, cioè, che l'uso « degli antisettici è importante al massimo grado; « ed ho la soddisfazione di sapere che tra di voi « vi è un numero sempre crescente di chirurghi,

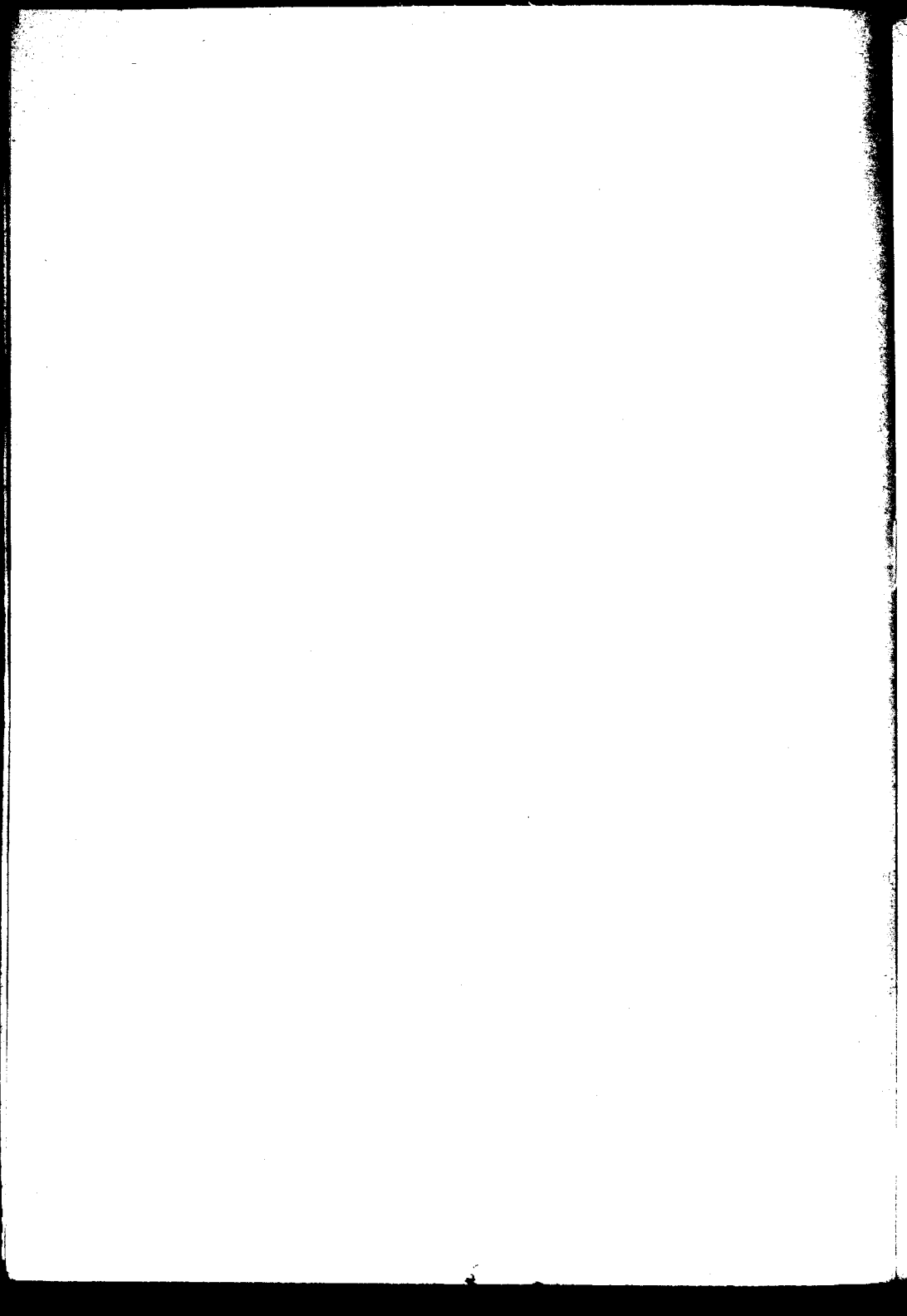
---

(1) Mia traduzione, dal periodico *Il Lancet* (novembre 1889).

« che dopo avere operato sopra una pelle in buon  
« stato e aver adempiuto a tutte le debite medele  
« antisettiche, se vedono formarsi materiali settici  
« nella piaga, sanno che è colpa loro, oppure della  
« cattiva disposizione della *toilette antisettica*, o  
« infine della nessuna efficacia delle sostanze im-  
« piegate come *microbicide*.

« A coloro che hanno coscienza di ciò, io offro  
« la medicazione che ho descritta (quella al dop-  
« pio cianuro di mercurio e di zinco) che è la  
« più soddisfacente ch'io abbia mai trovato: e  
« spero che non vorrà essere una spregevole ag-  
« giunta alle vostre risorse ». Parole d'oro, e che  
« possono servire di severa lezione a qualunque chi-  
«urgo, il quale fosse inclinato a dimenticare o a  
« disconoscere in cattiva fede l'estrema importanza  
« di sì luminosa scoperta.

Finisco col rivolgere le mie utili sollecitazioni  
a chi seppe rappresentare così bene la Medicina  
italiana al Congresso di Berlino, cioè al Presidente  
del futuro Congresso di Roma, Guido Baccelli,  
perchè il grandioso Policlinico, che s'intitola dal  
re nostro, possa sorgere presto in Roma, dove, a  
sommo onore degli uomini, che hanno reso i più  
grandi servigi alla scienza, potremo ammirare e ve-  
nerare sui frontoni delle due facciate, scolpite in  
bassorilievi, le care effigie di G. Battista Morgagni  
e Sir Joseph Lister, veri genî della moderna me-  
dicina.



## LETTERA QUARTA

---

Certainly it is excellent discipline for an author to feel that he must say all he has to say in the fewest possible words, or his reader is sure to skip them, and in the plainest possible words or his reader will certainly misunderstand them. Generally, also, a downright fact may be told in a plain way, and we want downright facts at present more than anything else.

RUSKIN.

**Le grandi operazioni e la chirurgia del sistema nervoso centrale. — Ricordi storici. — Il Professore V. Horsley.**

Londra, 25 agosto 1890.

I chirurghi inglesi sono stati felicissimi nell'eseguire e famigliarizzare alcune grandi operazioni, nello stabilirne i precetti e le regole, sforzandosi a tutt'uomo di divulgarne i successi e renderne possibile l'esecuzione anche agli stranieri.

L'ovariotomia in Inghilterra è praticata in ogni

contrada da chirurghi noti ed ignoti alla scienza — a Londra in tutti gli Ospedali ginecologici da professori ed assistenti, e nella Samaritana, piccolo Ospedale, che per l'ammirabile distribuzione ed ordine dei locali, per la perfetta igiene e per l'ottimo andamento dei servizi potrebbe essere citato come Ospedale modello, il Thorthon, il Bantock, il Meredith e l'Alban Doran, tutti bravissimi allievi di quel colosso della ginecologia che è lo Spencer Wells, operano giornalmente parecchi casi più o meno complicati di cisti ovariche e neoformazioni uterine, riportando successi da far sbalordire. Lo stesso Spencer Wells, che già dal 1877 si è ritirato dal pubblico insegnamento con un nome coperto di gloria, opera tutt'ora in pratica privata, e pochi giorni fa ritornando da Parigi, dove aveva liberato da un enorme cistoma una ricchissima signora americana, mi raccontava che quella era la sua mille e duecentoventiduesima di tali operazioni! Egli è orgoglioso di avere fondato una scuola divenuta celebre in tutto il mondo e si compiace di vedere il suo metodo ovunque adottato. L'ovariotomia può considerarsi come una conquista dei tempi nostri che armonizza colle altre grandi scoperte chirurgiche, quali la litotrizia, la chirurgia sottocutanea, la tenotomia, la cura della fistole vescicovaginali, la cura radicale dell'ernia e quelle recentissime dell'ortopedia, dell'estirpazione del retto e tante altre.

Ma dove la chirurgia inglese è giunta ad una altezza prodigiosa, si da farla ritenere un'arte divina, si è in quella parte dove rivolge i suoi conati a curare le lesioni e le neoformazioni del sistema nervoso centrale. Questo importantissimo ramo, e specialmente la chirurgia cerebrale, ebbe negli ultimi anni un grandissimo sviluppo per opera de' suoi principali cultori — l'Horsley, il Godlee ed il Ferrier in Londra, e il Macewen a Glasgow. — A questi illustri ed ai loro seguaci si deve, se si è andata man mano dileguandosi fra i medici l'idea popolare che il sistema nervoso centrale fosse inaccessibile alle mani del chirurgo più che non lo sono gli altri organi del corpo umano: si deve ai loro diuturni studi, alle loro minute e pazienti ricerche, ai loro arditi tentativi infine e non meno prosperi successi, se la chirurgia cerebrale e spinale è ora un fatto assodato, una potente risorsa terapeutica.

Mi sia permesso qualche particolare sugli antecedenti di questa straordinaria scoperta chirurgica: essi certamente riusciranno interessanti al lettore, inquantochè potranno dar luce sul modo con cui essa è divenuta attuabile e far ragione del come oramai sia entrata nel dominio della pubblica opinione.

Vi è questione a chi spetta il merito di avere ideati ed eseguiti i primi tentativi: esporrò brevemente i fatti. In una adunanza della *Royal Medical and Chirurgical Society of London*,

tenuta il 12 maggio 1885, il Dr. Hughes Bennett riferiva intorno ad un caso di tumore cerebrale, esportato assai arditamente e con particolare perizia da Richmann Godlee. I principali sintomi presentati dal paziente avevano portato a stabilire il giudizio dell'esistenza di un tumore, la cui localizzazione era stata determinata, come ad un dipresso la forma e la grandezza. Il *Lancet* (16 maggio 1885) narra in disteso l'operazione e l'andamento successivo. Per quattro giorni dopo l'operazione, le condizioni dell'ammalato si mantennero buonissime, ma dipoi la ferita suppurò e comparve ernia cerebrale: in ventunesima giornata sopravvenne il decesso per effetto d'una secondaria complicazione chirurgica. All'esposizione del caso seguiva nell'adunanza stessa una breve discussione nella quale il Hugglins Jakson (presidente della sezione di neuro-fisiopatologia) si congratulava coi Dr. Bennett e Godlee per il loro operato e richiamava l'attenzione dei presenti sui sintomi di maggior importanza per la diagnosi di tumore cerebrale: cioè una paralisi locale persistente, le convulsioni epilettiformi, e la doppia neurite ottica, ed accennava alla difficoltà di un intervento operativo. Quali, ad es., la grandezza e la mollezza del tumore nonchè talvolta la molteplicità delle stesse neoformazioni. Intorno alle cause della morte il Godlee manifestava l'opinione ch'essa si dovesse ripetere dal non avere egli drenato la ferita, facilitando così in essa una ragguardevole effusione di

siero e di sangue, come pure da un'imperfetta purificazione del pericranio. Sorgeva quindi il Macewen di Glasgow, e dava relazione di due operazioni cerebrali eseguite cogli esiti più lusinghieri, l'una in giugno, l'altra nel dicembre 1883, dal che risulta come la priorità di tali atti operativi debba attribuirsi a lui di diritto, essendo entrambi antecedenti a quello del Godlee, avvenuta il 25 novembre 1884. Il Macewen conchiudeva col dire, che aveva avuto ben settanta casi sotto la sua cura nei quali il trattamento era stato rivolto al cranio o al suo contenuto in base ai sintomi presentati di pressione cerebrale o di altre lesioni. In quattordici aveva applicato la trefina — in tre la rimozione dell'osso, in undici le ossa erano state divise o reimpiantate tra la dura madre e il pericranio; in nessuno si era verificata la formazione di ernia cerebrale, ed erano avvenuti solamente tre decessi.

Sin dal 1885, adunque, mentre la chirurgia cerebrale era ancora in fascie, la rosea statistica di Macewen accennava a felici risultati in casi che prima d'allora erano considerati come privi d'ogni speranza ed inesorabilmente perduti. In quell'anno stesso *John B. Roberts di Filadelfia*, professore di anatomia e chirurgia in quel Policlinico, leggeva davanti alla « *American Surgical Association* » una sua memoria « *The field and limitation of the operative surgery of the human brain* », provocando vivaci discussioni e polemiche in seno al dotto consesso.

Prendendo le mosse da alcuni casi di frattura delle ossa del cranio del *Philadelphia Hospital*, nei quali il trattamento così detto conservativo aveva prodotto risultati affatto negativi, mentre era chiara l'indicazione di un intervento chirurgico, domandava al presidente ed ai colleghi se era razionale che le vite dei pazienti fossero così colpevolmente sacrificate, quando si avevano nelle mani le migliori probabilità di salvarle.

Convinto della possibilità di una chirurgia cerebrale, nonché della sua importanza ed avvenire, ad essa dirigeva i suoi studi e formulava le seguenti conclusioni o fattispecie di regole:

1.<sup>a</sup> Il complesso dei sintomi di compressione cerebrale è dovuto alla diversa pressione esercitata sulla sostanza cerebrale da una certa forma e grado di infiammazione endocranica.

2.<sup>a</sup> Il processo di cambiare una frattura semplice (chiusa) in una composta (aperta) del cranio, mediante l'incisione della calotta, si compie, grazie agli ultimi metodi di trattare le ferite, senza grave pericolo della vita.

3.<sup>a</sup> La rimozione di porzione del cranio colla trefina od altro istrumento tagliente è, se fatta a dovere, subita con poco maggiore pericolo della vita che non l'amputazione di un arto.

4.<sup>a</sup> Nella maggior parte delle fratture del cranio la tavola interna è più suscettibile di frantumarsi e andare in ischeggie che non l'esterna.

5.<sup>a</sup> La perforazione del cranio è da adottarsi

come una misura d'esplorazione così frequentemente, come se fosse domandata per comune ragioni terapeutiche.

6.<sup>a</sup> Il drenaggio è più essenziale nelle piaghe del cervello che in quelle di altri organi.

7.<sup>a</sup> Molte regioni degli emisferi cerebrali possono essere incise ed escise con una certa tal quale impunità.

8.<sup>a</sup> Le accidentali e chirurgiche lesioni delle membrane cerebrali, arterie meningeae, o seni venosi, devono essere trattate come le stesse lesioni degli stessi organi supposti in altre località.

9.<sup>a</sup> I risultati degli studii delle localizzazioni cerebrali sono necessari a un chirurgo del sistema nervoso centrale del pari che ad un neurologo.

È un lavoro assai interessante sia per la dilucidazione ordinata e completa dei teoremi sopra enumerati, che per le notevoli obiezioni accampate dai colleghi dell'Associazione. Le indagini dell'autore non ebbero però i risultati che egli si aspettava e praticamente il suo lavoro ha fatto avanzare di ben poca cosa la chirurgia cerebrale.

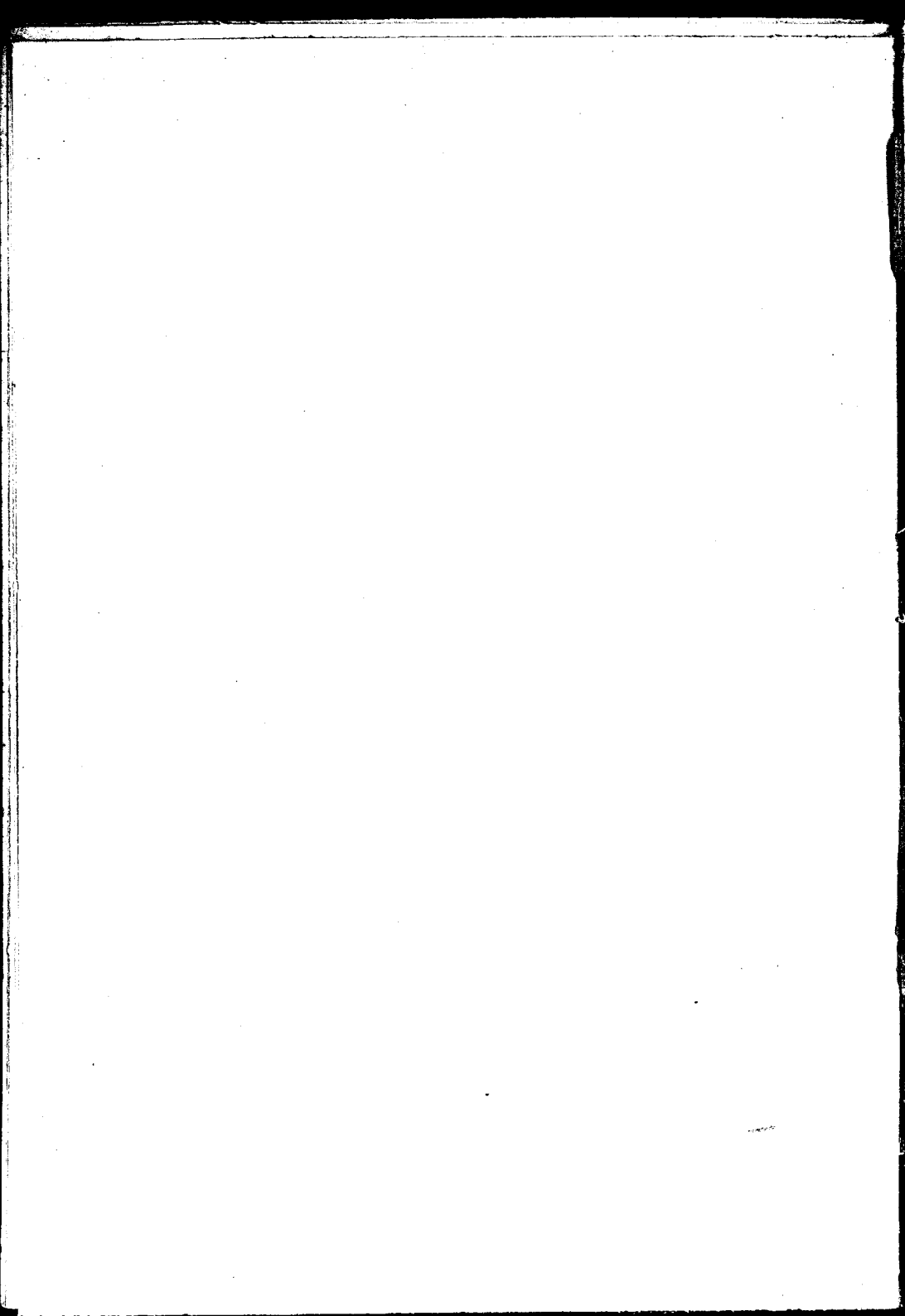
Altri tentativi tennero dietro, che parlavano decisamente in favore di tale trattamento chirurgico, e l'idea che procedeva lentamente, ma progressivamente, nell'opinione dei chirurghi inglesi ed americani, attuavasi ad un tratto con splendido successo nelle mani di *Victor Horsley* nel 1886, entrando di botto in una nuova fase, voglio dire nel vero periodo scientifico pratico. Mi ricordo di

aver letto in un opuscolo di un grande chirurgo italiano che « una grave operazione non entra « ordinariamente nel dominio dell'arte, che pro- « cedendo dalla timida proposta alla discussione « accademica, da questa alla esecuzione temera- « ria, per tornare dipoi nei suoi confini legittimi « e razionali ». La *brain surgery* che ha basi solide nelle finissime conclusioni della moderna fisio-patologia cerebrale e più che tutto negli esperimenti sugli animali, ha mostrato ampiamente come potesse presentare buon fianco a tutti gli strali degli oppositori e progredire rapidamente dall'Horsley in poi, tanto che essa deve ritenersi oggidi un fatto compiuto.

I grandi uomini, che raccolgono i principali meriti di questo importantissimo passo della chirurgia intracranica, sono il Macewen, professore di clinica operativa a Glasgow, e qui a Londra, come già dissi, l'Horsley. È questi una delle più spiccate personalità della moderna chirurgia inglese — ancora in giovane età, è già professore ordinario all'University College, dove dirige splendidi ed attivissimi gabinetti di patologia ed istologia — è chirurgo all'*University College Hospital* e chirurgo consulente al *National Hospital for the Paralysed and Epileptic*.

Nei giorni delle sue letture, il Teatro anatomico dell'University College è sempre colmo di studenti e colleghi, tutti caldi ammiratori dell'esimio scienziato: la sua parola è chiara e fluente, lo

stile facile ed ornato, l'efficacia del dire pari all'importanza degli argomenti ch'egli illustra con tavole, con disegni passanti attraverso una lanterna magica rischiarata a luce elettrica e proiettantisi su un immenso telaio; con ogni sorta infine di preparati a secco, freschi e in gesso. Ho assistito ad alcune sue celebri esperienze intorno alle localizzazioni cerebrali e ad altre ove poneva e risolveva il quesito della convenienza, nonchè della possibilità e riuscita di una chirurgia intracranica, e sono rimasto sempre più colpito dalla di lui completa conoscenza di ogni disciplina medica, dalle sue incantevoli dote oratorie e dal modo tutt'affatto speciale di far lezione. La trasmissione della propria convinzione, sia pure essa il prodotto di lunghi e seriissimi studi e specialmente in fatto di idee nuove, è cosa così difficile ad effettuarsi, che davvero posso dire l'Horsley faccia miracoli, quando trascina l'uditorio a pensare e a credere come lui. Egli poi convalida le sue asserzioni coi fatti, ed i suoi trionfi chirurgici, che sono trionfi della *Brain and spinal surgery*, sono la prova più palmare, più luminosa della potenza del suo ingegno, della profondità del suo sapere e dell'attendibilità dei suoi trovati: alla mia prossima lettera il metodo e le operazioni.



## LETTERA QUINTA

Il « National Hospital for the Paralysed and Epileptic » — Tecnica operativa delle operazioni sul cervello — Importanza di una buona diagnosi e di una perfetta conoscenza della fisiologia dei centri nervosi.

Londra, 3 settembre 1890.

È con vero dispiacere che rinuncio al desiderio di dare al lettore una descrizione dettagliata *del National Hospital for the Paralysed and Epileptic in Queen Square*, teatro delle ardite e riuscitissime operazioni dell'Horsley: mi preme di dare un'idea chiara e possibilmente completa della tecnica operativa, per cui, in omaggio alla concisione, devo tagliar corto e limitarmi ad alcune note generali, ommettendo, lo ripeto, a gran malincuore, di riferire certe riflessioni, che andai facendo tra me, allorchè ebbi la fortunata occasione di

MOROTTI. *Lettere dall'Inghilterra, ecc.*

visitare ripetutamente quell'asilo. Il quale di gran lunga si lascia addietro la comune degli ospedali di simil genere, e con un far grandioso, innestato a forme svelte ed eleganti, subito accenna ad aspirare a quella eccellenza e superiorità, che, in seguito ad accurato esame si rivela anche nei dettagli dell'edificio e nell'ordinamento morale. Si è nell'ampio e ben illuminato teatro chirurgico di questo ospedale, che l'Horsley eseguì le sue operazioni dal maggio 1886 in poi: dei primi suoi tre casi dava comunicazione nella 54.<sup>a</sup> adunanza della *British Medical Association*, e dei successivi dieci, consistenti in escissioni di cicatrici corticali, in asportazioni di neoformazioni tubercolari delle meningi, ablazioni di cisti e tumori, in una importantissima memoria pubblicata nel *British Medical Journal* il 27 aprile 1887. Ai primi dello scorso agosto gli operati rappresentavano già la bella cifra di 62, di cui 18 della colonna vertebrale e 44 del cervello con soli 10 decessi, con una mortalità del 21 %, essendo la morte provocata, o perché operati *in extremis*, o da traumi assai estesi, o da meningiti settiche, o da tumori infine, che avrebbero richiesto un trattamento chirurgico precoce; due soli per shock.

Riassumerò in breve il metodo di operazione sul cervello tenuto dall'Horsley, e dal medesimo minutamente esposto alla *British Medical Association*: esso gli fu suggerito da reiterati esperimenti sugli animali e specialmente sulle scimmie.

ed a lui sembra il più semplice ed il più opportuno a seguirsi, come quello che presenta maggiori probabilità di buon esito. La preparazione del paziente consiste nella rasura dei capelli ed in una perfetta ed accurata disinfezione di tutta la testa. L'Horsley a questo punto spende non poche parole nel suo discorso per dimostrare l'importanza delle medesime antisettiche, il che non fa menomamente stupore in Inghilterra, dove, per quanto ho già avuto occasione di dire, il listerismo non è universalmente adottato. Egli adopera ancora lo spray come il miglior mezzo di tenere continuamente irrigato il campo dell'operazione con liquido disinfettante, e durante tutto l'atto operativo osserva scrupolosamente le più severe norme dell'antisetticismo. Per l'anestesia preferisce il cloroformio, previa iniezione ipodermica di un quarto di grano di morfina, la quale nel caso di una lunga operazione può ovviare alla necessità di somministrare una eccessiva quantità di cloroformio, e produce una certa contrazione delle arteriole del sistema nervoso centrale; questo fatto fu osservato sulle scimmie dall'Horsley stesso e dal prof. Schäfer all'intento di evitare o meglio di diminuire possibilmente il copioso gemizio che accompagnerebbe i tagli praticati nella sostanza cerebrale, assai noioso e che disturberebbe di certo l'andamento dell'operazione. Così non adopera l'etere, anestetico che dà facilmente fenomeni di eccitazione cerebrale, mentre al contrario il cloro-

formio induce una notevole depressione. Quanto alla divisione delle parti molli, si attiene alla formazione di un lembo unico, sia per la maggiore facilità di allontanarlo e proteggerlo durante la sezione delle ossa, come per rispettare quanto è possibile le arterie temporali superficiali o le occipitali. Resta perciò scansato il pericolo di ingenti emorragie, e la vitalità del lembo è assicurata. Dopo avere rimosso con un dissecatore a forma speciale il periostio, partendo dal centro dell'area di calotta cranica messa allo scoperto verso la periferia, l'Horsley procede all'esportazione dell'osso. Anzi tutto ne toglie con una grande tre-fina (avendo abbandonato le piccole per la loro insufficienza) un disco per assaggiare lo spessore e poi segna i limiti dell'area da resecare, facendo uso di una sega circolare montata sull'apparecchio di Bouwil, mosso da motore elettrico, e finalmente completa la sezione servendosi a perfetta vicenda della sega di Hey nonchè di una robusta tenaglia ossivora, che secondo me, è tale quale quella del Rizzoli, che noi adoperiamo specialmente per la resezione dei mascellari. Durante le operazioni a cui io ebbi l'alto onore e fortuna di assistere fin qui, grazie all'inesauribile gentilezza del prof. Horsley, rimasi veramente colpito dalla sorprendente rapidità con cui egli rimuove talora ragguardevoli porzioni di calotta ossea, che viene divisa in pezzi, questi conservati in liquido antisetico e reimpiantati ad operazione finita tra

la dura madre ed il pericranio (1). Tornando all'atto operativo, appena messa a nudo la dura madre, si assicura con piccoli aghi del Deschamp armati di finissimo catgut delle più cospicue branche dell'arteria meningea media e delle vene più importanti, praticando quando può la legatura doppia, come fa il prof. Bottini nei timori della tiroide; indi, incidendo con gran delicatezza rasente ai bordi dell'osso tagliato, ne fa un lembo che, se intatto, viene conservato, se aderente o in preda a qualche alterazione patologica, liberamente esciso, senza che ne risulti grave danno, come a priori si potrebbe temere. Ripete in seguito sulla sostanza cerebrale il medesimo processo di emostasi che sulla dura madre, e prende di poi a maneggiare con molte cautele quelle parti di essa su cui la diagnosi ha fissato la sua attenzione. Vi pratica piccoli tagli con lunghi e stretti bisturi, talvolta ricurvi ad angolo ottuso, bottonati, e rintracciato

---

(1) Per l'emorragia della diploe si serve di una pasta di sua speciale composizione (Horsley's putty).

Eccone la formula:

Cera chiarificata . . .	gr. 105
Olio d'armandorle . . .	— 15
Acido salicilico . . .	— 1

Si discioga la cera a bagno-maria, aggiungi l'olio e l'acido salicilico sinchè il tutto divenga fluido e pastoso, indi si lasci raffreddare e così, pronta per l'uso, si applica a piccolissimi pezzettini spalmandola sulle bocuccie beanti dei vasi della diploe — l'emostasi è quasi istantanea.

il tumore o checchessia altro di morboso, ne pratica l'ablazione insieme al tessuto strettamente aderente, rischiarendo il campo d'azione con una lampadina elettrica allacciata alla fronte ed alimentata da apposita batteria. Finisce l'operazione col riunire i lembi della dura madre e del periostio a mezzo di suture e di catgut assai sottile, ma forte, e dopo il rimpianto dei frammenti ossei tra la dura madre ed il pericranio secondo le norme dettate dal Macewen di Glasgow, riversa il grande lembo, e lo unisce al resto del cuoio capelluto con sutura di crine di cavallo (tenuto previamente in una soluzione di parti eguali di alcool e sublimato corrosivo al 2 %), lasciando un piccolo foro pel tubo a drenaggio.

La bellissima memoria dell' Horsley racchiude tuttocì che si può desiderare intorno all' interessante argomento, il quale vi è toccato, per così dire, a grandi tratti, ma da mano maestra, essendovi in poche pagine succosamente compendiate quanto non si trova in tante prolisse e dilavate memorie che in seguito altri vennero stendendo intorno allo stesso soggetto. Spigolo qua e là, riportando quanto fa per me e di capitale importanza. L' Horsley fa notare che, operata la rimozione dell' osso, un attento esame delle condizioni di tensione, di colore e di densità delle sostanza cerebrale coi suoi involucri, può rivelare di primo acchito la esistenza non solo ma la sede di una data affezione della medesima. Così il su-

bito apparire di un discreto gemizio, che cerca uscita dalla soluzione di continuo praticata nella dura madre, è indizio di un'anormale tensione endocraniale e quindi dell'esistenza di una neoformazione.

Un tale fatto egli l'avrebbe verificato in tre casi, dove la diagnosi di tumore cerebrale era stata fatta e riscontrata con matematica esattezza, mentre numerose vivisezioni in animali a cervello normale non avrebbero dato gemizio di sorta. Analogamente certe mazzature bianco-giallastre, segno di un'alterata circolazione in alcune parti della sostanza cerebrale, gli servirono di guida per limitare più specialmente la sede dell'alterazione già designata dalla diagnosi. Per frenare l'emorragia, uno degli inconvenienti più temuti nelle operazioni del cervello, biasima severamente l'uso del cauterio, che condurrebbe a probabile ulteriore formazione di materiali settici; egli usa invece la compressione prolungata col mezzo di spugne, la quale arresta facilmente, come nelle operazioni sui reni, il gemizio continuato delle arteriole perpendicolari alla superficie dell'organo. Riguardo al trattamento della massa cerebrale, molte sono, sempre secondo l'autore, le norme da osservarsi e connesse intimamente con una perfetta conoscenza dell'anatomia e fisiologia della medesima: egli ha gran cura di rispettare più che sia possibile la parte centrale, giacchè la distruzione totale di questa in un emisfero, por-

terebbe alla completa paralisi dei movimenti del lato opposto. Nulla però vi è di fisso, inquantochè il modo di comportarsi è in relazione alla diagnosi, che deve essere esatta, alla prognosi della malattia con o senza intervento chirurgico ed ai vari accidenti che possono complicare l'atto operativo. — Un particolare assai curioso si è che egli toglie il drenaggio 24 ore dopo l'operazione. — Trascorso questo tempo, si è potuta eliminare gran parte del siero e dei liquidi raccolti dalla superficie dei tagli e rimane solo nella cavità della piaga una piccola quantità di essudazione. L' Horsley, dopo ripetuti e diligentissimi esperimenti sugli animali, ha potuto concludere razionalmente intorno a questa nuova ed originale cura delle ferite del cranio sino alla loro completa cicatrizzazione. In primo luogo quella insignificante raccolta fluida determina un certo grado di tensione sul cervello sottostante, e quindi fa opposizione alla tendenza del medesimo a protrudere, a far ernia; in secondo luogo una tale tensione costringe i linfatici delle meningi ad assorbire i liquidi a somiglianza dei linfatici del peritoneo dopo l'ovariotomia, sicchè è resa facile la cicatrizzazione per prima intenzione; finalmente detta raccolta funge come dal telaio per la successiva formazione di tessuto connettivo. Nelle scimmie, dopo pochi giorni dall'operazione, l' Horsley, riaprendo la ferita, ne trovò la cavità ripiena di un delicato e spugnoso tessuto connettivo, che costituiva una

elastica barriera tra la calotta ed il cervello. L'Horsley fa però osservare, che se la pressione endocraniale per la sempre crescente essudazione e per il diminuito assorbimento da parte dei linfatici delle meningi, è tale da provocare gravi disturbi di compressione al paziente, mediante uno specillo, provoca l'uscita di una parte.

Ecco per sommi capi una specie di decalogo che l'Horsley detta a chi voglia seguirlo nelle splendide cure, di cui egli è l'antesignano. Come avrò a ricordare appresso, io, che ho visto applicate tali norme in varie operazioni, ho potuto farmi un concetto giusto ed adeguato della loro importanza, e comprendere quanto mi diceva l'Horsley stesso intorno alla gravità di tali operazioni. In principio di questa mia ho già detto in quale sfavorevole condizione siano avvenuti i decessi, provocati talora da cause affatto indipendenti dall'atto operativo; nelle condizioni opposte la guarigione è costante e costante è pure la riunione per prima intenzione.

Ciò che mi sembra certo si è, che la condizione fondamentale per un operatore che voglia iniziarsi alla chirurgia cerebrale sia una sicura e profonda conoscenza della fisiopatologia del cervello, cosicchè non si possa essere buoni chirurghi in tale branca della chirurgia, se non si è ottimi neuropatologi.

L'Erb recentemente, nel Congresso di Berlino, ebbe a dire che ai neurologi soltanto spetta il di-

ritto di determinare il momento d'intervenire nelle affezioni cerebrali, essendovi grandissime difficoltà per bene localizzarle e decidere se sono o no operabili. Anche l'Horsley mi assicurava che la più grande difficoltà di tali operazioni sta nella diagnosi; egli è, per sua grande fortuna, fisiologo insigne e grande chirurgo ad un tempo, cosicchè è nelle migliori condizioni per istituire diagnosi precise ed operare di conserva.

## LETTERA SESTA

**Concetti che animano la Chirurgia Cerebrale — Indicazioni diverse di un intervento Chirurgico — Tumori, accessi, epilessia, emorragia endocraniale.**

Londra, 8 settembre 1890.

Credo nessuno che porti un briciolo d'interesse al continuo e meraviglioso progresso della chirurgia dei tempi presenti si sia lasciata sfuggire l'occasione di leggere o nei giornali tedeschi o tradotto nei francesi ed italiani il testo del discorso tenuto dall'*Horsley* al più volte menzionato *Congresso di Berlino*, sulla « Chirurgia del sistema Nervoso Centrale ». A questa mirabile esposizione di teorie e fatti, io rimando il lettore per tutto quanto concerne gli studi di localizzazione cerebrale e le indicazioni di atti operativi sui centri nervosi, così pure rinuncio ad esporre le vicende di tutti i casi clinici dall'agosto in poi: questi unitamente ai sessantadue enumerati a Berlino e a quelli che verranno in seguito, formeranno il nocciolo di una

interessantissima opera attesa con impazienza dal mondo scientifico e che di sicuro metterà il suo autore nel novero dei più valenti chirurghi e arditi innovatori. Ciò che invece mi propongo si è di entrare un po' più addentro nell'intima essenza dello straordinario concetto che anima tale ordine di fatti e misurarne per quanto mi è dato le grandiose conseguenze. Soltanto pochi anni fa un celebre chirurgo ebbe a dichiarare che gli estremi confini della chirurgia operativa erano stati raggiunti, volendo evidentemente alludere alla benefica influenza della scoperta dell'antisepsi ed alle brillantissime conquiste della chirurgia addominale. Ma appena scorse breve periodo di tempo, ecco che un nuovo campo veniva esplorato e coltivato con insperato successo, quello appunto della chirurgia del Sistema Nervoso Centrale. Il dottore Keen, professore a Filadelfia, al Congresso dei medici e chirurghi americani tenuto in Washington nel settembre del 1888, opportunamente descrisse il cervello come composto di un certo numero di visceri, anzichè essere un organo solo, il qual modo di vedere semplifica assai, a mio parere, la intelligenza del cervello in sè e delle sue funzioni. Queste non sono state tutte bene determinate, alcune sono affatto difficili ed oscuri. Le esperienze del Ferrier, del Hugglins-Jackson, del Gower, e di altri ben noti neuropatologi, nonchè le ultime esperienze dell'eccitazione delle zone motrici verticali e dei gangli centrali condotte a termine con felici

cissimo esito dal Franck e Pitres, dal Burdon-Sanderson, dal Schäfer, Von Gudden e Monakow, e recentissimamente dal Beavor, in unione allo stesso Horsley, hanno levato in gran parte i veli della misteriosa struttura del nobile organo ed hanno schiuso al mondo scientifico ed a tutta la professione un tesoro di preziosissime cognizioni, un sicuro punto di partenza per altre e anche più importanti ricerche. Molto tuttavia si ha ragione di attendere dalle ripetute vivisezioni dagli studii clinici, e da scrupolosi esami post-mortem. Ho seguito con intensa attenzione e oso dire con vero profitto le lezioni dell' Horsley, vere fiumane di erudizione, e mi sono fatto l'idea che le parti più suscettibili di trattamento chirurgico sono specialmente da rintracciarsi nella corteccia, mentre la base e i gangli oserei dichiarare sono quasi inaccessibili. Così i lobi frontali, che pure sembrano presentare ottimo terreno pel chirurgo, non danno sino ad ora tali evidenze patologiche da giustificare un atto operativo. Le norme fisiologiche che servono di guida all' Horsley e di lui allievi nella chirurgia del cervello sono quelle appunto date dalle minute ricerche, che diedero tanta rinomanza alla moderna scienza inglese. La regione motrice sta aggruppata intorno alla fessura del Rolando, ma comprende altresì le parti situate all'indietro della prima e seconda circonvoluzione frontale, nel mentre che il centro per la parola articolata è situata nella terza del lato destro o del sinistro

se si tratta di mancini. Nelle circonvoluzioni pre e post-rolandiche e nel lobo paracentrale noi troviamo i centri per i movimenti volontari, quello della gamba alla parte più alta, quello del braccio al centro, e quello della testa e del collo alla parte più bassa dell'area motrice. I lobi occipitali sembra presiedano alla visione e i temporo-sfenoidali sieno invece intimamente legati colla funzione dell'udito. Resta definitivamente stabilito che alla corteccia l'eccitazione specialmente nel campo della regione motrice dà origine a contrazioni spasmodiche di uno speciale gruppo di muscoli, che ha il suo centro nel punto d'irritazione, mentre una lesione a forma distruttiva ne determina la paralisi. Il quadro datoci dall'Horsley al Congresso di Berlino contenente un'enumerazione completa di tutte le lesioni del cervello o delle meningi con o senza partecipazione del cranio, mi dispensa dal parlare dettagliatamente delle indicazioni dei singoli atti operativi in riguardo alla prognosi ed ai risultati già avuti. Prima però che maggiori dettagli si abbiano dalle osservazioni cliniche inedite e dall'imminente opera dell'Horsley stesso, desidero far conoscere ai lettori quanto si pensa o quanto mi è parso si possa concretare intorno a quattro delle principali affezioni che realmente offrono le migliori speranze di un favorevole trattamento chirurgico. Tali sono: i tumori — l'epilessia — gli ascessi cerebrali — le emorragie intracraniali.

*Tumori.* — Chi ha dato alla professione le più importanti notizie intorno ai tumori è il dottore W. Hale White (Guy's Hospital Reports 1886), che studiò assai diligentemente i ricordi di 100 casi di tumori cerebrali nell'Istituto d'Anatomia Patologica del Guy's Hospital dal 1872 al 1874. Di questi: 45 erano di natura tubercolare, 24 gliomi, 10 sarcomi, 2 glio-sarcomi, 5 carcinomi, 4 cisti, 1 linfoma, 1 mixorma, 5 gomme e tre indeterminati: di nove soli sarebbe stata possibile la rimozione. Risulta dalla particolare opinione del White, che del resto ho visto confermata dalle operazioni dell'Horsley, che i tumori di natura tubercolare sieno i meno suscettibili di trattamento chirurgico, giacchè non sono che l'ultimo corollario di una generale tubercolosi, difficilissimi inoltre a essere totalmente estirpati. Quanto alle gomme l'Horsley le cimenta con sicurezza, e contrariamente al modo di vedere del Gowers egli crede che il solo mezzo per ottenere una guarigione radicale sia la pronta e generosa ablazione. La diagnosi dei tumori in rapporto ad un possibile intervento chirurgico mi è sembrata offrire gravi difficoltà all'operatore, giacchè in alcune regioni non danno affatto sintomi, mentre in altre è assurdo il pretendere di arrivare ad una qualsiasi localizzazione. Per poter dire che abbiamo a che fare con un tumore cerebrale molti segni caratteristici ci possono aiutare: cefalalgia, convulsioni, paralisi locali o generali, parziale anestesia, neurite ottica, emianopsia.

coma, stupore e polso lento: si aggiungono i sintomi inoltre da eventuale compressione dei nervi craniali colle relative manifestazioni di paralisi o spasmo ed infine l'afasia e l'incertezza della deambulazione. Viene in seguito la diagnosi di sede, di profondità, di numero e di natura del tumore. Credo inutile nominare ad una ad una tutte le grandi e piccole memorie dell'Horsley, da solo o in unione ad altri scienziati in merito alla topografia Cranio-cerebrale ed alla particolare funzione di ogni parte dei centri nervosi; tutto, lo ripeto, sarà riassunto nella grand'opera dell'Horsely, e là il chirurgo avrà da apprendere quanto gli sarà necessario per accedere ad un esatto giudizio. Se il tumore occupa per avventura i lobi frontali, o porzioni dei temporali, parietali ed occipitali, non si hanno speciali sintomi, e la diagnosi di sede è più che mai ardua, mentre non si può negare dalla concomitanza dei fenomeni generali l'esistenza del tumore. Relativamente facile è il giudizio di neformazioni nel campo dell'area motrice, in certe parti dei lobi occipitali dove sono rivelate da emianopsia del lato opposto a quello dove giace il tumore e nella zona motrice corticale dai sintomi di spasmo o paresi di quei muscoli che sono innervati dalle fibre direttamente provenienti da quei centri. A seconda dello stadio di sviluppo del tumore, i sintomi presentano notevoli differenze: i primi ad apparire vengono ben presto oscurati da altri che danno a divedere come

il tumore si sia man mano andato aggrandendo ed invadendo altre zone. Si supponga un tumore originato nella metà inferiore del centro dell'area motrice: sintomi forieri saranno lo spasmo e la paralisi dell'opposto pollice e delle dita, gradatamente diffondentisi alla faccia ed alla lingua, con afasia consecutiva e infine permanente paralisi della mano e del braccio. La maggiore o minore profondità di un neoplasma cerebrale come uno degli essenziali momenti della diagnosi fu studiata diligentemente dal dott. Seguin, il quale ebbe a dichiarare che è impossibile differenziare una neoformazione corticale da una subcorticale col solo sintomo delle convulsioni. Lo stesso dott. Seguin avrebbe ammesso in favore delle lesioni strettamente corticali o epicorticali la insorgenza di spasmi clonici localizzati, attacchi epilettici con spasmi locali dapprima, indi paralisi, precoce cefalalgia e accresciuta temperatura craniale. Ad appoggiare invece il sospetto di una lesione subcorticale perorerebbero una emiparesi seguita da spasmo, la predominanza di spasmi tonici, mal di testa in leggier grado o assente, temperatura del cranio normale. Si capisce come questo quadro si sia venuto modificando cogli ultimi studi e si sia quasi radicalmente cangiato in grazia degli esperimenti di Horsley e Beevor sulle zone motrici corticali e sull'epilessia « focale ». Il giudizio di numero e della natura del tumore basa su un gran numero di probabilità e di criteri incerti: si può stabilire per riguardo al numero che

quando vari neplasmî sono situati in differenti porzioni del cervello, ciascuno può dare speciali sintomi che servono a localizzarli, e quanto alla natura, se può riuscire di qualche servizio, non si dimentichi la seguente statistica: I tumori tubercolari s'incontrano nella proporzione del 23  $\frac{0}{10}$  — i gliomi del 13  $\frac{0}{10}$  — i sarcomi del 13  $\frac{0}{10}$  — le idatidi del 5  $\frac{0}{10}$  — le cisti del 4,6  $\frac{0}{10}$  — i conchiuni del 4  $\frac{0}{10}$  — le gomme del 3,6  $\frac{0}{10}$ .

*Epilessia.* — L'Horsley a Berlino parlando delle « epilessie focali » ha dimostrato su quali basi egli abbia creato il suo modo di diagnosticare col mezzo dell'elettrica stimolazione dell'area esposta le lesioni delle zone motrici della corteccia e dei gangli centrali del cervello. Egli, come io ebbi a vedere in due casi, applica una più o meno forte corrente farodica al punto sospetto e provoca la contrazione spasmodica del gruppo di muscoli che dipende da quel centro, ciò fa quando nessuna lesione macroscopica si mostri allo scoperchiare della calotta ossea. L'escisione della porzione di corteccia o di ganglio centrale riconosciuta matematicamente a mezzo di un tale riscontro essere la zona o il focolaio epilettico, è la naturale conseguenza del suo modo di procedere e non è a meravigliarsi se la ricerca dei diversi focolai corticali nelle sue mani, in quelle del Macewen, del Keen e di altri dia notevolissimi risultati e segni un immenso vantaggio sulle usuali risorse pur troppo affatto inefficaci.

*Ascessi cerebrali.* — La suppurazione endocraniale consecutiva a fratture e ingiurie del cranio è una complicazione assai bene conosciuta e trattata con successo, la mercè di un pronto intervento chirurgico che si riduce nelle sue linee principali alla trapanazione, a generose lavature antisettiche e a un largo drenaggio. Ho visto trattare questi casi come se si dovesse esplorare e svuotare ascessi situati in altri organi, e li ho visti altresì coronati da buon successo, dovuto del pari all'abilità dell'operatore che ai prodigi dell'antisepsi. Non si offrì l'occasione di presenziare quell'importante varietà di ascessi cerebrali in connessione colle otiti medie suppurative: di questi si sa che un certo numero di casi fu operato e felicemente. Il caso del fu Roscoe Conklin è ancora fresco nella nostra memoria. Il dott. Barker richiama l'attenzione sull'abbassamento di temperatura che si verifica in tali malati, specialmente approssimandosi la sera. *Macawen*, in aggiunta al solito metodo di operazione, come vidi dopo a Glasgow, fa un'accurata raschiatura e disinfezione dell'orecchio medio. L' Horsley ottiene dei notevoli miglioramenti nelle *meningiti settiche* valendosi di lavature con soluzioni antisettiche calde.

*Emorragie endocraniali.* — Dato un trauma o una compressione qualsiasi del cranio, mi sembra le idee moderne tendano a seguire il piano proposto del Krönlein di Zurigo e messo in atto da lui e dal Thiersch, l'applicazione cioè della trefina,

la scoperta del coagulo e la sua evacuazione, la ricerca infine e la legatura dell'arteria in preda a soluzione di continuità. Per l'emorragia cerebrale ordinaria l'*Horsley* segue la « Legatura aseptica dell'arteria carotide primitiva » e le ragioni ognuno le può vedere nel suo discorso di Berlino, in cui ha passato in rassegna i vantaggi di questa operazione (che diventa profilattica in caso di recidivo) e ha confutato le obiezioni mostrando la poca entità dei pericoli e delle conseguenze di una tale esclusione di parte integrante della circolazione.

## LETTERA SETTIMA

---

**La futura opera dell'Horsley — Movimento in favore delle operazioni sui centri nervosi tra gli Inglesi e gli Americani.**

10 settembre 1890.

Avendo avuto nella precedente corrispondenza più volte occasione di accennare alla futura opera dell'Horsley, mi trovo anche in dovere di dichiarare che il valente scienziato vi sta lavorando con febbrile attività, perchè abbia a vedere la luce possibilmente l'anno venturo: molti saranno gli scopi del suo lavoro, precipuo quello di risvegliare l'attenzione degli operatori su questa branca della Chirurgia, sino a questi tempi quasi negletta, e dimostrare la non difficile attualità e relativa innocuità di operazioni su regioni del corpo umano, ritenute ancora recentemente inaccessibili o per lo meno non suscettibili di essere in parte rimosse e sottoposte a maneggi chirurgici. L'Horsley ha già avuto la grande soddisfazione

di vedersi approvato ed ammirato dalle celebrità più insigni della moderna medicina: al Congresso di Brighton nel 1886, dopo che egli aveva descritto nei più minuti particolari le sue esperienze, il metodo d'operazione, e riferito intorno ai primi tre casi, il prof. Charcot, presente, si congratulava con lui pei suoi brillanti successi, e affermava che i pazienti intervenuti all'adunanza stessa e guariti da un tale trattamento chirurgico, potevano essere considerati come una novella prova del valore delle vivisezioni ed una conferma della dottrina delle localizzazioni.

Erichsen, presidente della sezione di neuropatologia, caratterizzava il trovato di Horsley come la pura scienza applicata al progresso della pratica chirurgica, ed ai di lui caldi e sinceri rallegramenti si univano le ripetute parole di lode e di ammirazione dei dottori Jakson (celebre per la scoperta della zona epilettica corticale), Royle di Manchester e del prof. Thuring di Broklyn, che si chiamava fortunato di aver potuto assistere a tali atti operativi. Anche a Berlino i più grandi cultori della moderna neuropatologia ebbero a complimentare lo scienziato inglese, per il gran passo che aveva fatto fare alla moderna chirurgia, e per il varco che era stato aperto alla salvezza di molte vite, sinora credute irremissibilmente perdute.

E chissà quali allori avrà a raccogliere nel 1893 in Roma, nel futuro Congresso, dove gli Italiani

potranno apprendere da lui stesso, e dai suoi efficacissimi, veramente unici mezzi di dimostrazione, il nuovo verbo ed applaudire ai suoi sforzi, alle sue fatiche coronate da insperati successi.

Da quanto forse troppo lungamente sono venuto esponendo intorno a questo argomento della chirurgia cerebrale, il lettore avrà compreso che la mia ammirazione per l'Horsley e per i suoi lavori è scevra affatto da esagerato fanatismo. Io spero che non mi si vorrà tacciare di troppo entusiasmo: io ho potuto esaminare accuratamente e vagliare i fatti, ho avuto la fortuna di avvicinare a lungo l'Horsley, e posso proclamare altamente la scienza e l'incontestabile valore di questo ardito operatore e sommo investigatore. È un uomo di forti concepimenti, ed i suoi tentativi coronati da esito così brillante segneranno una gloriosa epoca nella storia della chirurgia. Nè si abbia a credere ch'io abbia voluto di proposito encomiare di troppo la vita e la dottrina straniera per scemare quasi di riflesso il valore scientifico delle altre nazioni e specialmente della nostra. Al contrario, nel porre in rilievo quanto di bello e grandioso vado qui osservando, non ho avuto altro intendimento che di eccitare i miei connazionali ad imitarlo e possibilmente superarlo.

No, in Italia non manca nè l'ingegno, nè la dottrina, e molti chirurghi italiani possono sostenere con evidente vantaggio il confronto coi

più eminenti del Regno Unito. — Che più: gl'Inglese conoscono e stimano assai i progressi che ha fatto nel nostro paese la chirurgia in questi ultimi anni per opera dei suoi principali cultori, ed uno dei nostri chirurghi più conosciuti e più in voga è il prof. Bottini, che, come gl'Inglese di pari fama, ha fatto uno studio speciale di alcune grande operazioni d'alta chirurgia e ne ha volgarizzato i processi operativi, tramandandoli agli allievi della sua scuola, attualmente ed universalmente ritenuta come una delle più celebri d'Europa.

Dopo l'impulso dato dall'Horsley alle operazioni sul cervello, e dopo il giudizio calmo e sicuro intorno alla possibilità ed alla convenienza delle medesime, i chirurghi inglesi ed americani più illustri non tardarono a pronunciarsi solennemente in favore di una tale chirurgia, e mostraronsi disposti a praticarla nei termini e secondo le norme fissate dagli inventori. La *cerebrotomia* divenne soggetto di serie investigazioni, argomento di fertili discussioni, ed eccitamento a pratici tentativi. Per tal modo entrata nella pratica chirurgica, subito venne formandosi una ricca collezione di memorie ed articoli oltremodo interessanti, che danno un esatto conto di quanto si è andato progredendo dal 1883, ossia dai primi tentativi del Macewen sino ad oggi, ai più recenti risultati fatti conoscere dall'Horsley, dal Keen di Filadelfia, e dal Mayo Robson di Leeds al Congresso

di Berlino dello scorso agosto. Così, mentre il prof. Thornley Stocker di Dublino nel 1887, applica ripetutamente e con successo la trefina in due pazienti affetti da accesso cerebrale, e ne fa la storia all'adunanza della Sezione chirurgica della Reale Accademia di Medicina, tenuta il 24 febbraio dell'anno susseguente, i dottori Seguin e Veir (*American Journal of the Medical Sciences, July and August and September 1888*) praticano la rimozione col cucchiaino di Volkman di un vasto sarcoma subcorticale giacente tra l'estremità inferiore della seconda circonvoluzione frontale e l'estremità anteriore del lobo paracentrale. Il dottor Weir poi, nel numero di settembre dell'*American Journal of the Medical Sciences*, discute il processo chirurgico per l'ablazione dei tumori cerebrali, che però differisce di ben poco da quello già citato dall'Horsley. Assai importante è la comunicazione fatta dal prof. Macewen di Glasgow ad una delle ultime adunanze della *British Medical Association* e narrata per disteso sul *Lancet, August, 11, 1888*. Sono enumerati ventun casi di fratture del cranio o di altri immediati effetti di trauma, nei quali egli ebbe ad applicare il trattamento chirurgico; diciotto guariti e tre decessi — di questi ultimi, due erano affetti da lungo tempo da gravissimo accesso cerebrale, ed il terzo presentava in un emisfero una ciste subdurale, mentre nell'altro avevasi un esteso rammollimento al luogo ove si era verificato il trauma

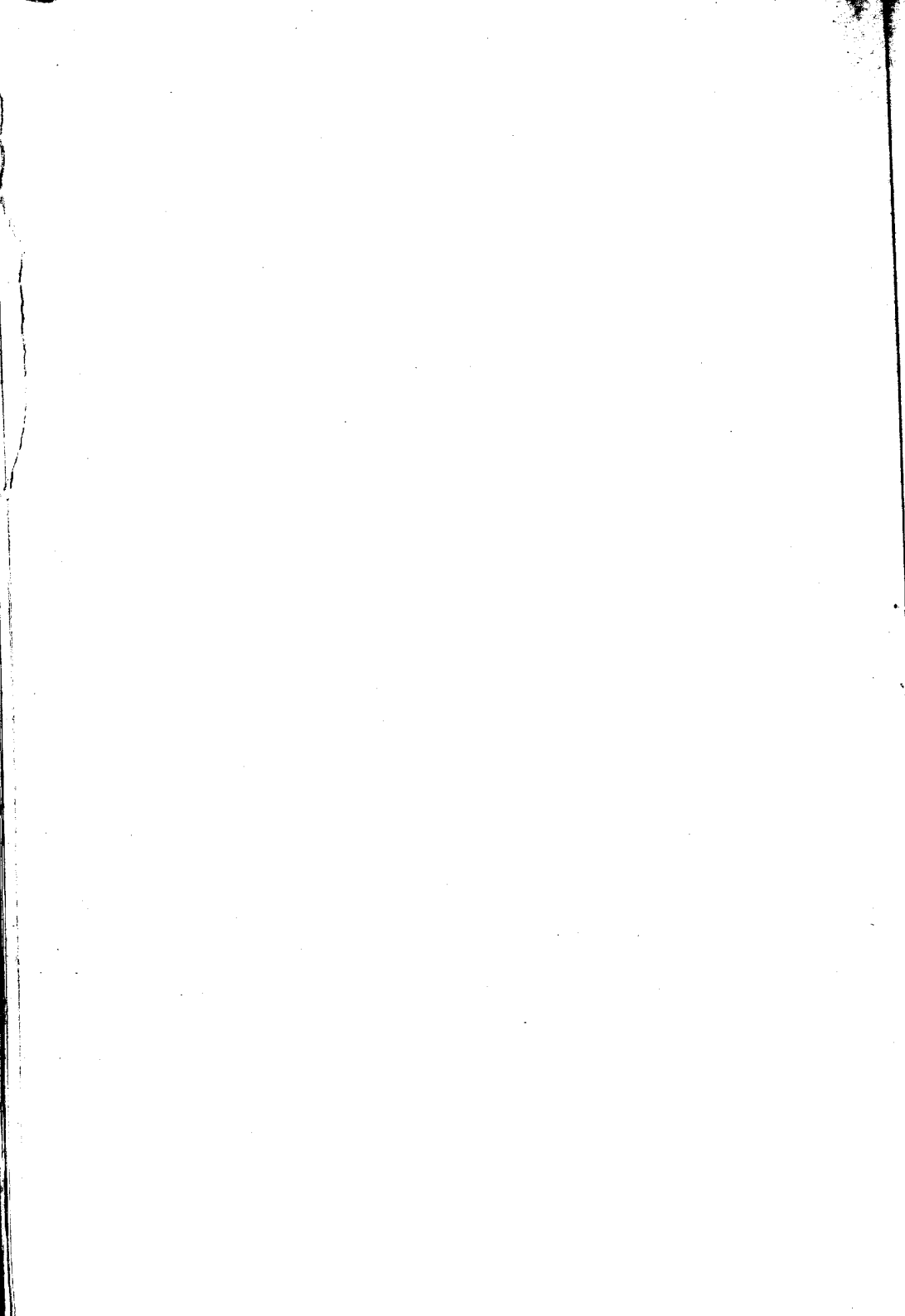
nonchè un non lieve edema. Ricordando il fatto che la rimozione di larghe porzioni dell'area motrice produce permanente emiplegia nel lato opposto, il Macewen raccomanda grande prudenza e straordinaria cautela in siffatte operazioni. Ciascun caso deve essere studiato in tutti i suoi minuti particolari, e il Macewen dice convenire pienamente coll' Horsley nell' affermare che il chirurgo debba avere una profonda conoscenza di tutti i fenomeni motorii e sensorii in connessione colle localizzazioni delle funzioni cerebrali.

Richiama poi l'attenzione degli operatori al fissarsi talvolta della superficie della sostanza cerebrale alle membrane e delle membrane alla vólta del cranio, fenomeno causato da effusione plastica e da formazione di tessuto cicatriziale; in tal caso restano impacciati i liberi movimenti del cervello e de' suoi liquidi, ed ogni minima scossa in quel punto induce nel paziente gravi disturbi di vertigini e più tardi fenomeni di encefalite. Egli è d'opinione altresì che l'ernia del cervello si debba attribuire alla decomposizione, e che si possa evitare mediante rigorose misure asettiche. Accenna infine ai sintomi ricavati mediante la percussione del cranio, e dà ai medesimi un grande valore in aiuto alla diagnosi dei tumori cerebrali nella prima giovinezza.

In epoca posteriore, vale a dire il 7 novembre 1888, il dott. W. Keen, professore di chirurgia, nel *Jefferson Medical College in Philadelphia*,

in un'adunanza tenuta all'*American Association of the Physicians and Surgeons in Washington*, presentava tre casi da lui operati felicemente: nel primo aveva praticata la rimozione di un neoplasma cerebrale di notevoli dimensioni, ottenendo la guarigione del paziente; nel secondo aveva rimosso i frammenti di un'antica frattura del cranio, e dopo 7 giorni dall'operazione cessavano i fenomeni epilettici, che si erano verificati quattro mesi dopo il trauma; nel terzo, un caso pressochè identico, il successo era stato ancora più brillante.

Lo stesso Keen nel mese scorso leggeva a Berlino la descrizione dei suoi tentativi e risultati riguardo *alla puntura e drenaggio dei ventricoli cerebrali*: il lettore la potrà leggere per intero su tutti i principali periodici che hanno offerto ai lettori ampi resoconti di quel memorando Congresso.



## LETTERA OTTAVA

Appunti di recente chirurgia endo-craniale. — Osservazioni di chirurgia spinale.

Londra, 15 settembre 1890.

Per venire più vicino a noi, il Dr. Herbert Al-  
lingham del Great Northern Hospital, nell'adunanza della *Clinical Society of London*, tenuta il 12 aprile 1889, presentava un paziente, a cui aveva aperto il cranio e, riscontrata esatta la diagnosi di emorragia cerebrale, esportava un grosso coagulo sanguigno messo a nudo nel focolaio emorragico, irrigava quindi e detergeva con soluzione antisettica la cavità, licenziando dopo due mesi il paziente perfettamente guarito. E, per finire le citazioni, il mese scorso, sempre sull'*International Journal of the Medical Sciences*, compariva una memoria assai importante: « *A contribution to the brain Surgery — six severe operations entailing prolonged manipulation of the encefalon* » del Dr. Jacob Frank di Chicago. Il metodo d'ope-

razione, descritto con lusso di particolari, è quello, ch'io non esito a chiamare tipicamente classico, proposto dall'Horsley e dal Macewen, salvo qualche modificazione di tenuissimo momento. Egli, per esempio, si vale di una pinza elastica emostatica per frenare l'emorragia dei bordi del lembo scolpito nel cuoio capelluto. È di una forma tutto affatto speciale e dal disegno che l'autore aggiunge alla pubblicazione, nonchè dalla descrizione degli effetti ottenuti, si può indurre la maggior efficacia in confronto degli *angioclasi* ordinari o delle *pinze Spencer Wells*, o dei *forceps-catch* adoperati comunemente dall'Horsley; inoltre, in luogo delle spugne, usa a preferenza l'irrigazione continua e filiforme del tessuto cerebrale, come di grande aiuto nel rischiarare il campo dell'operazione, oscurato dal sangue e dai coaguli fibrinosi. È d'accordo col Macewen nell'applicare su larga scala il metodo di reimpianto dei frammenti ossei allo scopo di raggiungere una perfetta *restitutio ad integrum*, e conchiude col riconoscere la tolleranza del cervello ad un prolungato e forte maneggio, nonchè il suo potere di ristorarsi e guarire dopo traumi e perdita considerevole di sostanza in alcune determinate regioni. Tutto questo movimento pratico-scientifico, a cui ha dato slancio e spinta la chirurgia cerebrale, mi sembra talmente rigoglioso e produttivo di serî risultati da convincere i più restii e da incoraggiare i più timorosi. Mi chiamerei felice e mi riterrei largamente com-

pensato delle mie modeste fatiche, ove le parole, onde io amai ricordare le impressioni destate in me da questa nuova e potente risorsa terapeutica, riuscissero a dissipare qualunque dubbio e facessero tacere qualunque opposizione, che, per avventura, avesse a sorgere tra i nostri più valorosi rappresentanti della chirurgia contro questo felice connubio delle cerebrali localizzazioni col bistori dell'operatore: ai scettici per progetto farò intendere l'autorevole voce del Keen di Filadelfia, che giorni sono, essendo di passaggio a Londra, di ritorno da Berlino e diretto in patria, mi dichiarava davanti all'Horsley, ch'egli riteneva « le operazioni  
« sul cervello coll'aiuto dei moderni trovati dell'an-  
« tisepsi e di un'accurata e quanto più possibil-  
« mente perfetta diagnosi, non presentarsi più  
« pericolose delle altre molte, che occorrono gior-  
« nalmente nell'esercizio chirurgico; non essere  
« piccolo il numero delle indicazioni pro e con-  
« tro, sulle quali basare la discussione della pos-  
« sibilità e convenienza di un intervento chirur-  
« gico; ed infine convenire pienamente coll'Hor-  
« sley che nelle operazioni cerebrali, come in molte  
« delle gravi operazioni dell'alta chirurgia, scema  
« la gravità in ragione diretta dello stadio della  
« malattia e la medesima sparisce affatto quando  
« l'atto operativo è decisamente precoce » (1).

---

(1) Per chi desidera di conoscere le ultime contribu-  
zioni di chirurgia craniale ed endocraniale, ecco i titoli delle

Ed ora qualche cenno sulla chirurgia spinale, la quale, lo dichiaro subito, non è praticata così largamente, nè i successi sono così pronti ed evidenti come pel cranio. Alcuni notevoli articoli sono apparsi durante gli ultimi anni intorno a questa ardua concezione chirurgica: sono di speciale interesse quelli di Horsley, Macewen, Thoburn, White, Bullard and Burrell, Winslow, Dondridge e Bennett, in cui le statistiche sono redatte con singolare sincerità, eccezione fatta di alcuni casi di miglioramenti riportati forse troppo prematuramente, per cui è possibile sollevare qualche dubbio intorno ai risultati ottenuti.

---

più importanti pubblicazioni comparse recentemente sui giornali americani, prezioso materiale col quale lo studioso potrà formarsi un concetto dei limiti entro cui s'aggira la moderna chirurgia cerebrale:

*Fracture of the skull*, by C. B. Porter — Boston Medical and surgical Journal, April 19, 1890.

*Compound comminuted fracture of the skull; Epilepsy for five years; Operation; Recovery* — by A. Beach — Boston Medical and surgical Journal, April 3, 1890.

*Case of Traumatic Epilepsy; Operation; Recovery*, by J. C. Rowe — New-York Medical Journal, March 29, 1890.

*Removal of the Brain-Center from the Corpus Callosum in a case of Local Epilepsy* — by W. W. Keen (Philadelphia), Medical News, — April 12 and November 29, 1890.

*A case of Traumatic Hemiplegia; Operation* — by Charles F. Poore (New-York) — New-York Medical Journal, February 1, 1890.

*A Case of Cerebral Abscess of the Brain, with some Remarks upon its Relations to Contusion*, by Charles Phelps (New-York), New-York Medical Journal, March 29, 1890.

*Three Cases of Cerebral Tumor, with Autopsy* — by James J. Putnam (Boston) — Boston Medical and Surgical Journal, April 10, 1890.

*Operation in a Case of Cerebral Tumor* — by H. H. A. Beach; in: D. (Boston) — Boston Medical and Surgical Journal, April 10, 1890.

La memoria del Thoburn di Manchester, comparsa sul *British Medical Journal* del 4 maggio 1889, mi sembra sia la più esatta e spassionata rivista di quanto è stato fatto in questo campo, e la nota dominante si è che la prognosi di tali operazioni *quoad vitam* è riservatissima. *quoad usum partis* addirittura sfavorevole. La questione di un intervento chirurgico nelle affezioni del midollo spinale è assai difficile a risolvere. Giacchè i medici non sono generalmente chiamati al letto dell'ammalato che in casi disperati, in cui è troppo tardi per pensare a qualsiasi trattamento chirurgico, oppure l'atto operativo non determina alcun miglioramento, se pure non accelera la fine del paziente. Il Macewen pratica queste operazioni in casi di carie vertebrale all'intento di provvedere ai fenomeni di compressione del midollo. dati dall'accumulo di prodotti morbosi o anche semplicemente dalla deformazione delle pareti ossee dello speco. Egli rimuove in tutto od in parte i tessuti ove ha sede l'affezione tubercolare, e stabilisce un drenaggio pel trattamento successivo. L'Horsley ritiene pure che si debba intervenire quando sieno manifesti i sintomi di compressione del midollo, ma come effetto di frattura o causati dalla presenza di tumori, di cui si possa bene accertare la diagnosi di natura e di sede. Anche nei casi di carie vertebrale ammette l'intervento chirurgico, ma non lo crede così razionale: in un malato egli ebbe a levare gli archi

MOROTTI. *Lettere dall'Inghilterra, ecc.*

posteriori dell'atlante e dell'asse e il paziente guarì: in un altro invece non ne ebbe alcun sensibile vantaggio. L'Horsley ha potuto, perfezionando il processo operativo, ovviare alle difficoltà date dallo spessore delle ossa che ricoprono irregolarmente il midollo e dalla facile emorragia dei plessi venosi che lo involgono, nonchè semplificare gli ardui maneggi per accedere al medesimo, per cui egli considera l'operazione in sè non molto grave: tutto il rischio è presentato dalle varie condizioni del paziente, dallo stadio della malattia e dalla facile insorgenza di un processo settico dopo l'operazione: anche qui, come pel cervello, quanto più presto l'ammalato ricorre al chirurgo, tanto migliore è la probabilità di un esito felice.

A tutto lo scorso luglio l'Horsley aveva, sia a scopo di esplorazione, come a scopo di cura, trapanato già per ben diciotto volte la colonna vertebrale con un sol decesso per shock. Eccone il piccolo schema:

	Casi.	Esito.
<i>Esplorazione per paraplegia spasmica . . . . .</i>	uno	miglioramento.
<i>Nevrotomia delle radici posteriori . . . . .</i>	due	miglioramento.
<i>Esportazione di tumori . . . . .</i>	due	1 guarito dopo tre anni, 1 morto.
<i>Fratture del rachide seguite da paraplegia . . . . .</i>	sei	5 miglioramenti, 1 stazionario.
<i>Cure della colonna vertebrale . . . . .</i>	sette	1 guarigione, 5 miglioramenti, 1 stazionario.

Reso il dovuto merito alla straordinaria abilità dell'operatore, le cifre da lui presentate sono con-

fortanti e totalmente incoraggianti chi volesse scendere in tale arringo. Credo non dispiacerà al lettore ch'io ricordi la prima esportazione di tumore del midollo spinale praticata da questo chirurgo in un paziente del Dr. Gowers e presentato alla *London Medical and Surgical Society* il 24 gennaio 1883. Il paziente aveva 40 anni, e da quattro anni soffriva di forti dolori che dall'angolo interno inferiore della scapola sinistra s'irradiavano al dorso ed erano accompagnati da perdita assoluta di senso e di moto in tutto il corpo sotto il livello indicato.

Poichè l'anestesia aveva avuto la sua origine in corrispondenza del 6° nervo intercostale di sinistra, si fece diagnosi di tumore che da quella località aveva interessato successivamente il midollo stesso. Decisa l'operazione, l'Horsley eseguì sulla linea delle apofisi spinose una lunga incisione col centro in corrispondenza della quinta dorsale. Fatto ciò, ed isolate le apofisi spinose e lamine vertebrali, e fatti divaricare i bordi della ferita, con una tenaglia osteotoma fece saltare le apofisi e trapanò alcune lamine vertebrali, incidendo successivamente ed esplorando il midollo. In questo modo pervenne a scoprire un tumore della grossezza di una piccola nocciuola in rapporto colla radice posteriore del terzo nervo dorsale. La neoplasia aveva spinto il midollo in avanti e a destra, ed aveva prodotto una profonda depressione nella sostanza di questo. Essa venne rimossa col nervo a cui aderiva. Non

fu praticata alcune sutura dell' incisione meningeaa: fu invece suturata la ferita esterna, previa applicazione del drenaggio. La riunione avvenne di prima intenzione in tutta l'estensione della ferita: per tre o quattro settimane i dolori di cintura non accennarono a diminuire e le condizioni generali si mantennero gravi: in seguito si cominciò ad avere un sensibile miglioramento, e dopo sette mesi il paziente era completamente guarito ed aveva riacquisito la facoltà di moto e di senso in tutto il corpo. Un altro caso non meno importante di operazione sul midollo spinale, è descritto e riportato nel *New York Medical Record* del 9 febbraio 1889 dal Dr. Robert Abbé del *St. Luke's Hospital di New York*. Il paziente, dell'età di soli ventidue anni, aveva goduto perfetta salute sino al gennaio del 1888, epoca in cui cominciò a soffrire forti dolori di cintura. Nel marzo, in corrispondenza del lato destro della nona e decima vertebra, compariva un certo gonfiore accompagnato da speciale sensibilità alla pressione altresì di tutte le parti molli della regione: quattro settimane dopo la gonfiezza era notevolmente aumentata, ed erasi manifestata una completa paraplegia; la colonna vertebrale si era fatta rigida e dolorosissimi i movimenti, l'addome teso ed iperestetico, gli arti inferiori totalmente anestetici. Al 25 maggio la sindrome clinica era assai grave: l'ammalato soffriva di febbre etica, i dolori di cintura erano insopportabili, cosicchè fu decisa l'operazione. Fatte sal-

tare, impiegando lo stesso metodo dell' Horsley, le apofisi della ottava, nona e decima vertebra dorsale, in questa località si trovò una densa massa di tessuto tubercolare e pus disseccato che occupava l'intero calibro del canale, estendendosi all'insù ed all'ingiù per un certo tratto e comprimendo il midollo contro la parete anteriore dello speco vertebrale. Rimosso il tutto col cucchiaino di Volkman sino a raggiungere il tessuto sano, la cavità fu zaffata di garza all'iodoformio; il paziente risentì immediatamente un certo miglioramento, ed otto mesi dopo, quando l'Abbé lo presentò alla Surgical Society of New York, si trovava in perfetta salute, ed era ridivenuto in possesso della piena facoltà di moto e di senso in tutto il corpo. Lo stesso Abbé, nel numero del 26 luglio u. s. del *Medical Record*, esponeva la storia di altri otto casi di midollo spinale da lui operati sempre al *St. Luke's Hospital*, e li divideva in quattro gruppi:

1. Paraplegia da frattura della colonna vertebrale (tre casi).
2. Tumori (due).
3. Malattia di Pott (uno).
4. Nevralgie del plesso brachiale (due).

I risultati riportati non sono dei migliori desiderabili, ma segnano tuttavia un certo progresso nella chirurgia spinale e concorrono a rendere sempre meno sfavorevole il pronostico di tale operazione. Quattro soli degli operati guarirono più

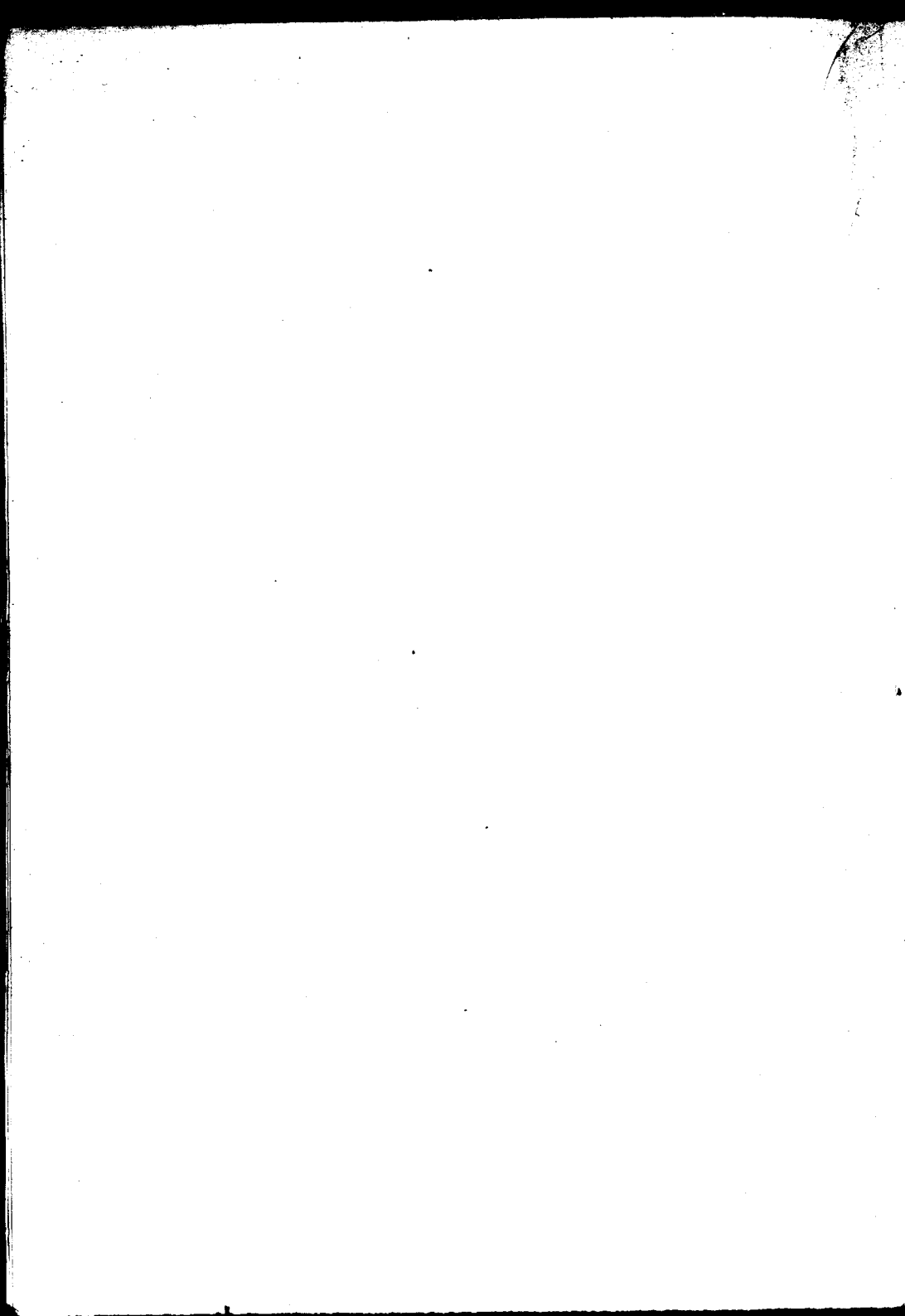
o meno perfettamente, malgrado che si verificasse all'apertura della dura madre l'uscita di circa due onces di liquido cefalo-rachidico. Noto nella memoria dell'Abbé come egli contraddica all'opinione dell'Horsley, che, cioè, la dura madre sia eminentemente sensibile e che i pazienti debbono essere profondamente cloroformizzati. A prova di ciò racconta come uno dei suoi ammalati potè sopportare l'operazione senza anestetico di sorta. Il metodo di operazione, salvo alcune modificazioni di nessun momento, è quello spiccio e sicuro dell'Horsley.

I fatti che abbiamo accennato costituiscono quanto di più importante vi ha nella chirurgia inglese contemporanea e mostrano come ora sieno possibili operazioni alle quali per l'addietro il solo pensarvi sarebbe sembrato un sogno. — È buona pratica di ogni perfetta scuola chirurgica nel decidere intorno ad alcun atto operativo di tenere gran conto della prognosi del paziente nel caso di non intervento, e di rimanere largamente influenzati dalla medesima. Riguardata da questo punto di vista, la chirurgia cerebrale e spinale può ritenersi una risorsa decisamente razionale e le si può predire un rapido e largo avvenire senza tema di smentita alcuna.

Finisco ricordando con infinito piacere l'affettuosa accoglienza ricevuta da tutti gli egregi neurologi del *National Hospital for Paralyzed and Epileptic*, ed in particolar modo dal prof. Horsley,

che mi mise al corrente di tutto quanto poteva interessarmi, compiendo tutto ciò con singolare amabilità e perfetta cortesia. A lui, glorioso pioniere della moderna chirurgia inglese, mando un saluto pieno di riverenza e di ammirazione, e l'augurio che le sue fatiche ed i suoi sforzi sieno ben presto coronati dal fatto di veder crescere intorno a sè discepoli degni in tutto di lui e capaci di rendere la sua scuola rinomata dall' un all'altro capo d'Europa.

---



## LETTERA NONA

### La chirurgia degli organi genito-urinari.

Londra, 21 settembre 1890.

Esaurito, come meglio mi fu possibile, l'argomento della chirurgia del sistema nervoso centrale. eccomi ora giunto ad un'altra branca della chirurgia, non meno interessante, non meno ricca di geniali attrattive.

Il progresso, che qui si è fatto e si va continuamente facendo in questa specialità, è notevolissimo: io ho trovato affatto famigliari ai chirurghi inglesi, e comunemente eseguite, alcune grandi operazioni della medesima, usati alcuni peculiari metodi di diagnosi, che, da noi, o sono novità, o sono ben lungi dall'ottenere il suffragio universale. Londra è fatta per gli specialisti: l'ho già detto e lo ripeto: è questo uno dei miei più forti convincimenti, che ha le sue basi in una diligente e continuata osservazione, di ogni più pic-

colo particolare degli studi medici e della maniera di esercitare la professione. Insisto su questo punto perchè la tendenza odierna è lo studio delle specialità. E mi spiego. Ogni medico e chirurgo, che sa di possedere un non comune ingegno, accoppiato a buona volontà, intraprende a trattare un ramo qualsiasi della nostra scienza, ed a quello dedica tutta quanta la sua potenzialità d'intelletto e di lavoro, per riuscire, possibilmente, superare il livello dell'*aurea mediocritas*. La cifra dei medici ha raggiunto oggi giorno proporzioni sì allarmanti, che, pur troppo, per distinguersi ed avere un posto nella comune considerazione, è necessario riuscire almeno uno specialista di qualche valore: l'ideale, come ci venne tramandato dai nostri predecessori, quello, cioè, di divenire bravi chirurghi o bravi medici enciclopedici, non tutti, anzi ben pochi lo possono realizzare e, a mio parere, anzi quelli soli, che, aiutati da molte circostanze favorevoli e, in modo particolare, dalla protezione di insigni e potenti direttori di istituti clinici, assai reputati, riescono a percorrere, rapidamente, la carriera di magistero. Gli altri, che non vogliono rifugiarsi in una condotta, o seppellirsi in un ospedale, dove l'avanzamento si compie a passo di lumaca, per quanto la pratica possa essere eccellente, cercano altre vie, altri mezzi. Essi frequentano, cioè, per anni ed anni, dati laboratori, certi gabinetti, lavorano giorni interi nelle sale mortuarie, fanno viaggi d'istruzione in paesi stranieri,

danno alle stampe quanto hanno trovato di nuovo e di veramente utile nella scienza da loro preferita; insomma, non lasciano intentato nulla perchè i colleghi alline si persuadano della loro perfetta attitudine ad esercitare una specialità e diano ad essi, dopo tante prove, il loro tacito assenso, indirizzando loro clienti della partita, e indicandoli, come i più adatti, per curare quel dato ordine di malattie. In Inghilterra mi sembra che ci sia assai più comodità e facilità di imparare appunto la specialità prescelta, senza essere costretti a fare tutto da sè, laonde, pur dovendo studiare, e di gran lena, si raggiunge più presto lo scopo e si riesce ad esercitare, subito, mentre sono affatto sconosciute tutte quelle *ambulanze e ambulanzerette*, che, con mio gran rincrescimento, vedo fiorire da noi e che, senza giovare molto alla pubblica beneficenza, fanno perdere un mondo di tempo ai medici, arrecando loro, per tutto compenso, pochi vantaggi scientifici, nessuno poi materiale e finanziario.

In questi mesi del mio soggiorno a Londra io ho girato molti dei principali ambulatori (*out patients*) dove gli *House surgeons*, diretti dall'*assistant Surgeon*, disimpegnano le varie specialità, e dovunque ho veduti giovani del secondo e terzo e perfino del primo anno d'Università, incaricati alcuni delle mansioni più facili, altri delle operazioni elementari attinenti alle differenti branche della chirurgia, altri, infine, evidentemente più

anziani e laureandi, supplire lo stesso *House surgeon* in caso d'assenza. Convengo che l'eccessivo numero d'identiche malattie facili a verificarsi sopra un'ingente popolazione, offre agli studenti maggiori opportunità (che non negli ambulatorî dei nostri grandi ospedali) di bene apprendere a diagnosticare e a curare un dato ordine di morbi; ma credo che anche la squisita educazione medica, informata ad un indirizzo eminentemente pratico, influisca potentemente sulla rapida per quanto sempre graduale e razionale formazione di questa valanga di specialisti. I quali, usciti dalle scuole mediche dopo aver fatto un attivo tirocinio negli *out patients*, nei gabinetti, nei musei, vivendo per anni, giorno e notte, nella scuola stessa, trovano sfogo negli innumerevoli ospedali speciali, e qui continuano le loro indagini, le loro fruttuose ricerche in pro della scienza e dell'umanità, pubblicano le loro scoperte e diventano vere autorità in capitolo. Quanta differenza dai nostri ospedali, dove ben poca parte d'azione è lasciata ai giovani, e solo viene loro largamente concessa e vivamente raccomandata la chirurgia sul... cadavere! Bisogna persuadersi di questa sacrosanta verità: certe manualità non si possono assolutamente afferrare vedendo operare sui morti, e di molte non si riesce, anche dopo ripetute prove, che ad avere una ben lontana parvenza circa il modo con cui devono essere compiute sul vivo. Non ch'io voglia menomamente infirmare l'efficacia della me-

dicina operatoria, dalla quale la clinica operativa ricava il suo principale fondamento, la vera ed unica base — ma per certe specialità, bisogna riconoscerlo, essa dà poco aiuto e non fa fare grandi passi al rapido e ben diretto uso delle mani e degli istrumenti. La siringazione ce ne dà un luminoso esempio: il semplice atto di spingere una sonda metallica attraverso a un ristretto e floscio canale membranoso non ha che una lontanissima relazione col passaggio del catetere in una più o meno sensibile uretra. E che dire della differenza che corre tra la cistotomia tanto soprapubica che perineale praticata su un morto e piuttosto su un vivo?

La chirurgia degli organi genito-urinari secondo il parere de' suoi più esimi cultori ed anche secondo il mio modestissimo, che desumo dalla mia piccola esperienza personale, richiede una lunga ed attivissima pratica in un ambulatorio grandioso e ben organizzato, dove per un certo lasso di tempo si possa quotidianamente assistere e successivamente eseguire tutte le operazioni sotto una valente guida in *corpore vivi*. Così hanno fatto a Londra quelli che sono in fama dei più abili e moderni specialisti, alcuni fra i quali ancora in giovanissima età, come il *Brown* (allievo di *Thompson*), il *Fenwick*, l'*Heychok*, l'*Edward*, ed altri: così si dovrebbe poter fare nelle nostre più grandi città, dove il ricco materiale e i grandi mezzi della beneficenza, purchè saggiamente am-

ministrati, permetterebbero la costruzione di ambulatori forniti di ogni suppellettile scientifica e meglio ancora di piccoli ospedali speciali, con cui essere in grado di soddisfare alle legittime brame dei giovani studiosi delle specialità, e ad un tempo garantire mediante la sorveglianza di provetti insegnanti i poveri infermi da qualunque nocumento, che mani inesperte potrebbero loro arrecare.

Il tempo ed il progresso hanno distrutto, in gran parte, ciò che formava le basi della vecchia chirurgia degli organi genito-urinari: la litotomica data appena dal 1874; la cistotomia sopra-pubica è ora ritornata in favore; la chirurgia dei reni rifatta di sana pianta, e radicali cambiamenti si sono verificati nel trattamento chirurgico della tunica vaginale e del varicoccele. Sarebbe un'impresa improba il voler ricordare quanto l'Inghilterra ha prodotto in questi ultimi anni: arrischiere di essere disordinato e di commettere delle imperdonabili omissioni. Laonde citerò soltanto, come mi si verranno man mano presentando alla mente, le operazioni più in voga e gli specialisti più insigni.

Il chirurgo che maggiormente si distingue, e che può veramente dirsi dotato di un'abilità eccezionale, è *Sir Henry Thompson*. A lui, nell'ottavo giorno della mia dimora a Londra, fornito di una lettera di presentazione, gentilmente rilasciatami dal prof. Bottini, mi recai a far visita in compagnia del suo assistente dott. Herring. È un uomo

sulla settantina e di modi cordialissimi; parla correttamente il francese e capisce, ma non molto, l'italiano. C'intrattenemmo un poco sugli argomenti più moderni della specialità, poi egli mi condusse in un *boudoir* elegantissimo, dove volle che io visitassi il suo armamentario veramente prezioso per numero e finezza d'istrumenti, la sua biblioteca ed uno splendido armadio, che contiene la più bella raccolta di calcoli ch'io m'abbia visto. Io la reputo non inferiore a quella celebre del *Museo del Royal College of Surgeons*: non mi rammento bene, ma credo superino il migliaio, e ve ne sono di tutte le sorta, grandi e piccoli, di tutte le forme e di svariatissima composizione chimica. Ognuno porta il suo numero segnato progressivamente su un voluminoso protocollo: quivi ho potuto leggere interessantissime storie dei vari operati sia di litotrizia che di litotomia, e dalle medesime mi venne consentito di farmi un concetto chiaro e preciso intorno all'opportunità ed alla convenienza di praticare l'una o piuttosto l'altra delle due operazioni. Degna di particolare menzione è la storia del re dei Belgi, che tutti sanno essere stato salvato dal Thompson, dopo che un abile specialista francese, di cui taccio per riguardo il nome, aveva indarno fatti reiterati tentativi per rompere o in qualsiasi modo liberare dalla pietra il povero monarca versante in gravissime condizioni e ritenuto già perduto. Ma nella casa di questo sommo chirurgo ciò che

più merita di essere veduto e conosciuto è lui stesso: bisogna essere rimasti qualche tempo a Londra, aver lungamente conversato con lui, averlo veduto in azione, e seguite le visite cliniche e le operazioni, per farsi un'idea dei pregi della sua mente e del suo carattere elevato, della simpatia che desta in chi lo avvicina per le sue benevole e gentili maniere. Il suo modo d'operare incanta e sorprende: in lui, come già nell'Horsley, si riscontra quello che così raramente presenta la generalità dei chirurghi inglesi, ossia un contegno rigoroso e corretto. L'azione di Sir Henry Thompson è rapida ed elegante, i movimenti precisi e sicuri, accurati perfino i minimi particolari — perfezione d'assieme e di dettagli: in una parola, è un operatore brillante, completo, e la sua chirurgia realizza il celebre aforisma: *cito, tute et jucunde*. A Londra, dopo il Thompson, viene designato il *Buxton Browne* come il più fortunato specialista; il *Bruce Clarke*, il *Fenwick*, il *Berkeley Hill*, il *Cristofer Heath* e alcuni altri che sono specialmente esimi chirurghi dell'apparato uropoietico, ma tutti rendono omaggio al Thompson come al più abile, indirizzano a lui i chirurghi tanto indigeni quanto stranieri, che vogliono occuparsi della specialità, e raccomandano le sue splendide pubblicazioni come i più pregiati testi sull'argomento. Tali lavori sono altresì in altissima considerazione presso tutti i medici del Regno Unito, e si fanno notare pel modo inci-

sivo, succoso di chi. avendo molto da fare, riassume in breve e nitidamente le proprie osservazioni, i propri pensieri. Ho avuto la fortuna di assistere a parecchie operazioni eseguite dal Thompson nella sua casa di salute n. 33, *Wimpole Street*: la tempra di quest' uomo è tale che, sebbene da tempo ritirato dall' insegnamento, pure conserva in sè tanta attività, tanta energia da soddisfare alle esigenze di una vasta clientela, composta delle prime famiglie dell' Inghilterra, e da dirigere coll' aiuto di un solo assistente un magnifico stabilimento, una vera perfezione del genere, al quale accorrono pazienti da tutte le parti del mondo. Quando io ebbi l'onore di presenziare per molte e molte volte la visita mattutina, mi sfilarono davanti agli occhi personaggi illustri di ogni nazione: tra gli altri ricordo un principe russo, che, arrivato a Londra in cattivissimo stato, aveva recuperato la salute mercè le cure del Thompson, e ne era ripartito un mese dopo colmando di doni e di benedizioni il suo valoroso salvatore.

Straordinario è inoltre in *Sir Henry Thompson* l'amore e l'interessamento pei suoi allievi: egli li tratta con quella bonomia amichevole che non lascia sentire il peso della dipendenza, e, pur senza compromettere la propria autorità, si pone al loro livello, mettendo ogni sua cura nella loro educazione scientifica. All' *University College Hospital*, dove ha insegnato per molti e molti anni, disimpegnando con dignità e fermezza il suo altis-

simo ufficio, si è fatto sempre adorare dagli studenti, ai quali volle poi lasciare un indelebile ricordo del suo affetto dedicando loro il suo dotto lavoro: « *Practical Litotomy and Litotrithy or an inquiry into the best modes of removing a stone from the bladder* » — colle seguenti parole: « *To students in medicine, especially to those, both past and present, of University College Hospital, with whom as companions and Fellowworkers, I Have spent some of the most pleasant hours of my life* » che sono tutta una rivelazione del gran cuore e della grandemente che le ha dettate.

## LETTERA DECIMA.

---

### Il Saint-Peter's Stone Hospital.

Londra, 28 settembre 1890.

L'ospedale speciale per i pietranti e per le malattie degli organi genito-urinari è il *St. Peter's Stone*, situato nel centro della città, in *Henriette Street*, ed in prossimità al celebre teatro d'Opera italiana, il *Convent Garden*. La costruzione di questo piccolo asilo è nello stile massiccio dei moderni edifici pubblici, e non manca di regolarità e di euritmia di forme. Consiste di un piano terreno un po' elevato dal suolo e di tre piani superiori; vi ha una facciata, che guarda nella strada, e ai lati della medesima due piccole ale di fabbricato, che rinchiodono nel loro centro un giardino in miniatura. L'impressione che si prova è che questo nosocomio è chiuso, e quasi rinserrato in uno spazio troppo angusto; malgrado ciò, l'edificio è di forma svelta, sicchè l'occhio rimane appagato. Anche l'interna distribuzione dei locali si presta

felicemente alla sua destinazione: le infermerie, in numero di quattro, sono ampie, spaziose e accolgono circa una sessantina d'ammalati; — dappertutto luce ed aria in abbondanza, ordine e pulizia inappuntabili. L'amministrazione dell'ospedale, che, come tutti gli altri vive colle annue oblazioni dei ricchi benefattori, è tenuta da un comitato di sorveglianza, del quale fanno parte coloro che hanno elargito di più, da un tesoriere e da un segretario. Il personale scientifico è composto di quattro chirurghi: i dottori *Reginald Harrison*, *Hurry Fenwick*, *Swinfords Edwards* e *R. Heychok*, tutti membri del *Royal College of Surgeons*: il *Dr. Daniell* è il medico residente nell'ospedale, assistito da una matrona, *miss Florence Ashmall*, e da una schiera di giovani e brave *nurses*, che tengono l'ospedale con cura così solerte e diligente, che non si potrebbe desiderare migliore. Nessuna pompa burocratica, nessuna necessità di quello sterminato numero d'impiegati come si hanno da noi, nè tampoco di direttore, ispettore, vice-ispettore, ecc. Ogni anno il corpo amministrativo e scientifico dell'ospedale si raduna in un grande *meeting*: il comitato fa un'accurata relazione del numero degli ammalati riceverati o curati ambulantemente, della durata della loro permanenza nelle sale e del servizio prestato negli ambulatorî; — il tesoriere presenta uno schema del bilancio d'entrata e d'uscita; — uno dei chirurghi per turno riferisce le storie dei casi più impor-

tanti curati promiscuamente durante l'anno traccia a grandi linee il progresso percorso dalla specialità e tutto finisce lì. Poche persone, poche parole e in compenso *molti fatti*.

Il materiale clinico non è numeroso, ma per importanza di casi è considerevole: è invece imponente quello degli ambulatori (*out patients*): dal luglio 1889 al luglio u. s. il numero degli ammalati che si presentarono negli ambulatori fu di 35,250, con 4,914 casi nuovi. Tutti i giorni, dalle due alle tre e dalle cinque alle sette, i chirurghi, sempre per turno, disimpegnano la chirurgia ambulante, mentre le operazioni si fanno alle due del mercoledì e alla mattina del martedì.

Il teatro chirurgico, spazioso, ben aerato, con ottima luce, si trova nelle migliori condizioni igieniche. Gli strumenti d'uso quotidiano sono disposti in due grandi scaffali, mentre, tutt'intorno alle pareti delle stanze, si vedono delle bacheche a diversi piani con una notevole e ricca raccolta di calcoli o interi o triturati, contenuti in coppe di cristallo e ben distribuiti in ordine di grandezza e di data dell'operazione: ciascuna coppa porta un cartellino indicante il nome del chirurgo ed il numero al quale nel catalogo delle operazioni corrisponde la storia clinica del caso con tutti i dettagli, che possono servire a gettar luce sulle cause e sull'andamento della malattia.

È davvero edificante la pace e l'armonia che regnano nel servizio medico di questo minuscolo

ospedale. I quattro sanitari, poi, sono uomini di tale levatura di carattere, di tale abilità nelle chirurgiche discipline, massime in tutto ciò che si riferisce alla specialità, da potere ciascuno, preso singolarmente, figurare degnamente a capo di uno spedale. Essi si tengono saldamente riuniti e cooperano armonicamente ad un solo fine: all'incremento, cioè, dell'istituzione da loro condotta e diretta, a vantaggio della scienza e della grande quantità d'infelici che ricorrono al loro aiuto. Mi duole qui di non poter parlare di quei valenti signori così distesamente come meriterebbero. Del *dottore Harrison Reginald*, che pochi anni fa era chirurgo alla *Royal Infirmary di Liverpool*, oltre a molti articoli e comunicazioni che apparvero sui più diffusi periodici di tutta l'Inghilterra, noi abbiamo un trattato sulle malattie degli organi genito-urinari che vien subito dopo i testi del *Thompson* e del *Keyes di New York*. È un'opera di polso, completa, che rivela nell'autore una grande coltura, una lunga pratica ed una perfetta conoscenza delle idee fondamentali e classiche sulla eziologia, patologia e terapia delle diverse specie di malattie genito-urinarie. Io l'ho lette con avidità ed interesse e sono rimasto sorpreso dalla non comune abilità di questo autore di concentrare molto in poco, nonchè dalle sue peregrine doti di forma e di stile. Del *Dr. Hurry Fenwick* voglio citare il recentissimo suo lavoro sulla *Illuminazione elettrica della vescica*. Questo potente e

nuovo metodo di diagnosi degli oscuri morbi uretro-vescicali formerà l'argomento d'una mia prossima lettera; per ora mi limiterò a dire che l'opera accennata è il più bel saggio di sapere che potesse dare il Fenwick, medico assai erudito, colto nelle lingue, osservatore diligente, indefesso e studiosissimo della specialità. I dottori *Edwards* e *Heychok* si distinguono anch'essi per belle qualità di mente e di animo, sono oltremodo istruiti e già conosciuti favorevolmente per alcune preziose ricerche ed interessanti pubblicazioni. L'*House Surgeon* è il *dottore Daniell*, che mi ha dato prova di possedere un'energia infaticabile, un'operosità, un'attività veramente eccezionali: egli ha compreso la vera missione del suo ufficio d'*Assistente*, e lo disimpegna con sentimento religioso del proprio dovere, prestando un *aiuto* sotto ogni aspetto assai commendevole. Del che ne deriva che i chirurghi gli concedono i più ampi poteri, gli affidano l'intera responsabilità dell'Istituto, essendo sicuri che così facendo in ogni comparto del *St. Peter's Stone* le cose procedono in maniera che meglio non potrebbero.

Tutte le malattie dell'apparato uropoietico, ed esse sole esclusivamente, vengono in questo ospedale trattate con tutti gli ultimi reperti della scienza. Le mansioni sono ben divise e ben determinate — la disciplina rigida — l'ordine severo.

Già dissi degli strumenti del teatro chirurgico: negli ambulatori pure stanno su grandi tavoli ele-

ganti cassette a scompartimenti, nei quali si trovano, bene ordinate e divise, numerosissime varietà di sonde e siringhe di tutte le grandezze e di tutte le forme, di gomma, di metallo, molli, semi-molli, ecc., colle modificazioni apportatevi, specialmente in questi ultimi anni, dai bravi fabbricanti inglesi di strumenti chirurgici. Il *Fenwick*, che da poco tempo ha preso il posto del compianto *Dr. Coulson*, valente specialista, ha importato una vasta collezione di strumenti nuovi, di cui non si saprebbe se meglio encomiare il felice concetto o la finitezza dell'esecuzione. Siamo ancora un po' lontani dal lusso e dall'abbondanza cui aspirerebbero i volenterosi chirurghi del *St. Peter's Stone*; ma a me quella collezione di strumenti sembra un ottimo armamentario che non lascia nulla a desiderare, e che può con onore sostenere il confronto di quello dell'*Ospedale Necker a Parigi*, senza parlare di quello di certe cliniche italiane. L'allestimento di un armamentario attivo — permettetemi una piccola parentesi — è sempre per una clinica un arduo problema, doppiamente grave per taluna, dove, alla difficoltà del procurarsi strumenti buoni, s'aggiunge la deficienza dei mezzi. A Pavia, mi risovviene, mercè prodigi d'economia, sforzi erculei e liberalità del direttore, si potè finalmente, in questi ultimi anni, avere un armamentario che io non esito a dichiarare il migliore fra tutti gli armamentari ch'io ho visto nelle principali cliniche d'Italia, poichè conta

una collezione completa di strumenti delle più rinomate fabbriche d'Europa e di recentissima invenzione. Qui a Londra l'armamentario attivo è oggetto delle precipue cure dei Comitati amministrativi dei singoli ospedali, e ad essi devesi se il chirurgo ha sempre a sua disposizione istrumenti poco meno che perfetti.

Tornando al *St. Peter's Stone*, dirò che alle sale degli *out patients* sono annessi degli stanzini per indagini microscopiche, per gli esami delle urine e varî laboratori speciali. Dato l'ammirabile andamento di cose che regna in questo ospedale, è naturale che vi si produca molto nel campo pratico e scientifico, per cui frequenti vi sono le visite di reputati clinici indigeni e forestieri, di chirurghi d'ospedali, senza tener calcolo di una pleiade di medici volontari — tra i quali fu gentilmente assunto anche il sottoscritto — che ingrossa ogni anno più, presenza costantemente le operazioni, le modificazioni, gli esami di gabinetto, e prende parte attiva al servizio d'ambulanza. Stante la grande quantità di ammalati, è impossibile evitare talora una successione molteplice di un limitato numero di malattie, ma in generale i chirurghi del *St. Peter's Stone* procurano di sottoporre allo studio della gioventù medica, che frequenta il loro ospedale, una svariata serie di casi, illustrandoli con opportune dissertazioni scientifiche.

La chirurgia degli organi genito-urinari, con un

novero significativo di casi operativi che formano il soggetto di codesto insegnamento, ebbi occasione di vederla praticata anche all'*University College Hospital*, nella clinica del *Berkeley Hill* ed al *St. Bartolome's Hospital* in quella del *Bruce Clark*. Ho assistito a molte, a moltissime *litotrie* praticate coll'apparecchio *Clower-Bigelow*, a poche *cistotomie soprapubiche*, a pochissime *perineali*: di queste operazioni dirò nella lettera seguente.

## LETTERA UNDECIMA

### Litotrizia e Litotomia — Litolaplassi sui bambini.

Londra, 4 ottobre 1890.

La chirurgia degli organi genito-urinari si può dire una delle predilette degli operatori inglesi, i quali per avere sempre coltivato assai e con grande amore questo campo, sia nel pubblico che nel privato esercizio, sono in grado di darci quei lavori che servono di guida luminosa agli specialisti di tutte le nazioni e che costituiscono una delle precipue basi della loro fama e del lustro della chirurgia inglese. La loro scuola ha assunto un carattere eminentemente pratico, direi quasi ufficiale, e i loro metodi hanno seguaci e propugnatori dovunque, e sebbene al presente, pel ritiro del Thompson dalla cattedra, l'istruzione di questo ramo sia affidata agli sforzi isolati dell'insegnamento privato, pure a chiunque voglia, non dirò perfezionarsi, ma imparare di sana pianta una tale specialità, io raccomando caldamente di recarsi qui,

dove troverà negli ospedali speciali tutto disposto esclusivamente per quel trattamento di cui hanno bisogno gli ammalati, e nella grande abbondanza dei casi clinici e quindi anche del materiale anatomico-patologico relativo ad un determinato ordine di fatti morbosi, avrà opportunità di vedere da vicino ed indagare ogni cosa che a sì fatti studî appartiene. Pur serbando in cuore un dolce ricordo dei gentili ammaestramenti e nella mente un alto concetto del sapere e dell'abilità dell'ottimo dottor Achille Francesco Turati di Milano, che guidò i miei primi passi nell'arte del siringare, mi duole il dover confessare che l'*Ambulanza per le malattie genito-urinarie* del nostro Ospedale Maggiore è in condizioni misere sia pel materiale che pei mezzi di cui dispone, sicchè il direttore della medesima, che pur vorrebbe infondere agli allievi la sua scienza e soprattutto la sua gran pratica, ha dinanzi a sè delle muraglie della China che non può atterrare. Il dottor Turati è davvero ammirabile, ed io gli auguro che i suoi sforzi abbiano ad essere coronati quando gli verrà consentito di poter formare dei buoni allievi che gli costino meno fatica e gli diano maggior soddisfazione. Oramai credo il lettore abbia capito le mie idee a questo riguardo, e lo scopo che mi sono proposto di convincere i miei colleghi, persuaderli, cioè, come per certe specialità una gita ed un soggiorno all'estero di parecchi mesi, e possibilmente di anni, sia una reale necessità, non una *posa*, una *millanteria*, o

un modo qualunque di *battere la gran cassa* come è opinione di molti: nei nostri centri non difetta il materiale di studio, ma non se ne fa buon uso: perciò appunto non si sa o non si vuol fare quello che si fa altrove.

Io però non dispero di Milano e di certe *teste quadre*, che noi abbiamo la fortuna di possedere, e mi auguro prima di morire di vedere sorgere degli Ospedali speciali con annessi ambulatori, che rappresentino, come quelli dell'Inghilterra, l'ultimo portato della scienza e del progresso.

Ciò premesso, vengo alla *litolaplassi*. Questo meraviglioso e a tutti noto procedimento che permette di abbreviare le sofferenze dei pazienti, e schiva gli enormi pericoli congiunti al prolungato contatto dei frammenti angolari puntati colla mucosa vescico-uretrale, è largamente praticato negli ospedali di Londra, ma in ispecial modo nelle cliniche private di *sir Henry Thompson* e del *Browne* al *St. Peter's Stone* e nella clinica del *Berkeley Hill* all'*University College Hospital*. Qualunque sia la modificazione che si voglia apportare a questa preziosa risorsa, è certo che la litolaplassi oggidì non è quella che era all'indomani della scoperta del *Bigelow*, e che essa ha risentito molti vantaggi dai progressi dell'antisepsi. Secondo l'opinione dei più insigni specialisti inglesi, essa è un'operazione che attualmente deve occupare il primo posto tra i metodi del trattamento dei pietranti: estendete alla medesima le

stesse precauzioni rigorose che per tutte le operazioni chirurgiche, e voi ne potrete a vostro piacimento allargare il campo d'applicazione. Le lesioni dell'uretra e della prostata sono raramente una controindicazione: così pure il volume del calcolo, per il quale i limiti variano coll'abitudine e familiarità che ha ciascun chirurgo col litotritore. Lo stato settico o alcalino delle urine controindicano una operazione immediata, ma in generale la si può modificare assai rapidamente. Le lesioni renali vi si oppongono, principalmente quando le medesime sieno allo stato acuto. Questi sono i capisaldi degli specialisti di gran fama per le pro e controindicazioni della litotomia; così la pensano anche gli autori più stimati, e gli articoli e gli opuscoli spuntano frequentissimi qui e in America con sempre crescente favore per una tale operazione. I pregi apportati dall'apparato *Clover-Bigelow* ne hanno allargato il campo d'azione e davvero sorprende come alcuni tedeschi, il *Bergmann* ed il *Volkman* nel *Congresso di Magdeburgo* del 1884, e gli stessi con altri illustri nel *Congresso di Berlino* del 1888, vi preferissero la cistotomia soprapubica «*Sectio alta*» di *Pietro Franco* o *Frate Cosimo*, da *Petersen* di Kiel richiamata poi in onore coll'uso di un propulsore rettale. Ma le maggiori meraviglie le hanno fatte i chirurghi inglesi ed americani, i quali credono la cistotomia abbia fatto il suo tempo e la litotomia sia destinata a surrogarla, salvo in alcune

particolari condizioni ed eccezionalissimi casi. Le conclusioni a cui essi sono giunti, non bisogna dimenticarlo, derivano dalla particolare loro abilità per maneggiare gli strumenti della litolaplassi, e dal sacro timore, ch'essi provano, per la maggiore percentuale di mortalità data dal taglio soprapubico.

Io che ho presenziato molti di questi atti operativi, e che li ho visti eseguiti con tanta maestria, senza che mai si presentasse uno dei tanti e tanto paventati incidenti, mi sono fatto il concetto che le controindicazioni della litotrizia si riducano, a conti fatti, alle seguenti: la cistite che rende le manovre difficili e sovente incomplete — i notevoli ingrossamenti prostatici che non permettono il passaggio del litrotitore — l'incistamento, oppure un'eccessiva durezza e le eventualmente sproporzionate dimensioni dei calcoli. È quest'ultima condizione che ha fatto rimettere in favore il taglio soprapubico, operazione ritenuta sino a pochi anni fa grave e pericolosa: il Thompson la crede appunto pienamente giustificata nei casi di pietre grosse ed assai dure; anzi, la preferisce, purchè nelle mani di ottimi operatori, al taglio lateralizzato, a cui sono facilmente inerenti l'emorragia e le ferite del retto, oppure anche i traumi al collo della vescica e al retto quando la pietra sia addirittura smisurata. Thompson, però, tiene calcolo anche dei pericoli da cui non va esente il taglio soprapubico, quali l'infil-

trazione del tessuto cellulare perivescicale e le lesioni del peritoneo — e per ovviare al primo raccomanda l'uso di rigorose medele antisettiche, mentre pel secondo, che occorre ben rare volte, e più precisamente quando il peritoneo per avventura scende assai in basso tra la vescica e la sinfisi pubica, non si stanca dal vantare i preziosi servigi che rende il pallone di Petersen. L'itinerario seguito dal Thompson nella cistotomia soprapubica per tutte le rimozioni di tumori ed in quelle altre condizioni patologiche della vescica, che la richiedono, è bene stabilito ed informato alla giusta valutazione dei rischi che si possono correre: i successi brillantissimi, a cui egli ha abituati i suoi colleghi di Londra e i suoi clienti di tutto il mondo, sono la miglior prova della bontà del metodo da lui adottato e della sua squisita abilità. Ricapitolando, la discussione non è, dunque, tra cistotomia e litotrizia, la quale è, universalmente e senza eccezione alcuna, messa a profitto appena appena sia praticabile, ma tra i due metodi di cistotomia, e si capisce come i chirurghi si sieno grandemente interessati di questo soggetto, ed i più eminenti sugli ottimi sbozzi del Thompson si sieno accinti e siano riusciti a guadagnare la meta.

Il *Van der Weer*, nel numero di luglio u. s. dell'*Albany Medical Annual* (giornale americano), difende il taglio soprapubico per quasi tutti quei morbi vescicali richiedenti un atto operativo, e

ripete poco su poco giù le cose dette dal Thompson nel numero del *Lancet* 5 dicembre 1885 u. s. L'autore ammette che l'incisione perineale è più brillante e messa in atto con maggior lestezza, ma è anche con tutta probabilità seguita da serie complicazioni, quali, ad es., un'imponente emorragia, specialmente nei casi di ingrossamenti prostatici — l'impotenza come conseguenza dei traumi sofferti dal dotto eiaculatore e la fistola perineale. Il taglio soprapubico invece, secondo l'autore, va libero da questi serî e noiosi incidenti — salvo la facile lesione del peritoneo e altre leggiere complicazioni a cui abbiamo accennato più sopra, quando parliamo dei convincimenti del Thompson intorno a questo argomento. La cistotomia soprapubica è ancor resa più effettuabile dall'uso del drenaggio soprapubico, che in pratica, più che in teoria, sembra essere di un vantaggio indiscutibile. — Volendo perciò formulare una specie di postulato, diremo che quando le condizioni renali non escano fuori dal normale e sia constatata l'assenza di ingrossamenti prostatici insormontabili, come pure le dimensioni e la consistenza dei calcoli sieno ragionevoli, è pratica dei chirurghi inglesi di accedere alla litolaplassi — in caso diverso viene adottato il taglio soprapubico. Come per ciò si riferisce alle indicazioni così per quanto riflette la tecnica esecutiva valgono i precetti classici per la litolaplassi, che mi guarderò bene dal ripetere, giacchè potrebbe sembrare che io volessi far lezione ai miei

benevoli lettori, che chissà quante volte hanno visto l'apparecchio Clover-Bigelow in azione.

Al *St. Peter's Stone* ho presenziato ed ho partecipato ad una gran quantità di litotrizie, e ho preso cognizione di tutte quante le modificazioni subite dai litotritori e dagli aspiratori, a partire da quelli usati primitivamente dal Bigelow sino agli ultimi di sir Henry Thompson. Questi, senza dubbio, sono i migliori, i più semplici, i più pratici ed eziandio i più diffusi: io li consiglio con insistenza ai colleghi italiani, che ne apprezzeranno i rari requisiti e li troveranno un valido e sicuro aiuto nelle loro imprese.

Nei principali ospedali di Londra, e naturalmente al *St. Peter's Stone*, ho visto applicata su larga scala la litotriasi ai bambini ed ai ragazzi in età inferiore ai quindici anni, per cui crederei di non aver detto tutto quanto c'è di nuovo, se non accennassi a questo fatto a parer mio di grande interesse per i cultori della specialità.

Quali erano le ragioni che sinora facevano ritenere la litotriasi una non sicura, nè facile operazione sui bambini? In primo luogo la piccolezza della vescica e dell'uretra, che era creduta ostacolasse l'introduzione e le manipolazioni di strumenti abbastanza potenti per frantumare la pietra; in secondo luogo la squisita ipersensibilità della mucosa che era considerata come predisponente ad una grave forma di cistite, se qualche frammento era lasciato in vescica. I signori *Weiss e Son*, ce-

lebrì fabbricanti di strumenti in Londra, hanno costruito uno strumentino assai potente e ad un tempo delicato, che si adatta mirabilmente all'uretra ed alla vescica infantile — ciò riguardo alla prima obbiezione: — la seconda cade da per sè, data la scoperta dell'aspiratore che nella medesima seduta, dopo la triturazione, esporta tutti i frammenti del calcolo, ed elimina ogni conseguenza dapprima lamentata. Ai chirurghi, *Keegan e Frejrer*, maggiori nell'armata indiana, si deve la felice idea di applicare la litolaplassi ai bambini, anche nella primissima età. Così essi riassumono i risultati di una larga esperienza fatta dal 1881 all'aprile u. s. 1890 nell'*Indore Charitable Hospital Central India*: 1.º L'uretra dei ragazzi di tre o quattro anni ammette in regola l'istrumento N. 7 o N. 8 della scala inglese allo scopo diagnostico. 2.º La vescica in detta età suole ritenere almeno quattro oncie di fluido, quantità sufficiente per lo stritolamento e la rimozione del calcolo. 3.º La membrana mucosa vescicale non è più sensibile in un bambino che in un adulto, cosicchè i prolungati maneggi di un'operazione in grembo alla medesima non sono suscettibili di alcuna seria conseguenza. Il *Keegan* nel *Lancet* (dicembre 1886) ha pubblicato i particolari di 58 casi di litolaplassi praticati nei bambini tra la fine del dicembre 1881 e la fine del marzo 1886. — Tra l'aprile 1886 e l'aprile 1890, sempre nell'*Indore Charitable Hospital*, ha eseguito altre 182 ope-

razioni con sette morti, ossia con una mortalità del 4,37 0/100 — 6 in conseguenza di estese malattie organiche dei reni, 1 solo come conseguenza diretta dell'operazione. — *Freyer* ha pubblicato i particolari di 49 casi senza un sol morto. — *A. Southam*, chirurgo della *Royal Infirmary and Clinical Hospital for Women and Children in Manchester*, ha fatto conoscere, nell'ultimo numero (agosto) del *Cutaneous and Genito Urinary Diseases Journal*, i brillanti risultati di due casi condotti con felice successo — ossia di due bambini, operati di pietra, l'uno dell'età di tre anni e mezzo e l'altro di sette, che lasciavano l'ospedale perfettamente guariti dopo soli quindici giorni di degenza. Ricordando il tempo in cui pei bambini non si usava che il taglio lateralizzato o il soprapubico, raccomanda e consiglia di adottare liberamente la litolaplassi, eccezione fatta nei casi in cui il chirurgo si trovi dinanzi ad un'uretra stretta, o a calcoli incistati, o a calcoli grossi ed eccessivamente duri. La litolaplassi, dunque, non differisce nei bambini in alcun riguardo dalla medesima operazione negli adulti: quantunque, come il *Keegan*, osserva giudiziosamente, una gentilezza e leggerezza di mano sieno qualità indispensabili, sicchè il chirurgo non deve nè può avventurarsi ad un tale operativo, senza avere acquistato già previamente una grande pratica sugli adulti. L'operatore deve inoltre tenersi sempre pronto a passare alla *litotomia* quando alcune

condizioni speciali vescicali o inerenti ai calcoli, cui già abbiamo accennato, rendano impraticabile la litotrizia e costringano il chirurgo a cambiare improvvisamente linea di condotta. La scuola di Pavia è a questo riguardo (come del resto in ogni parte delle discipline chirurgiche) assai al corrente degli ultimi trovati della scienza, e là pure mi ricordo d'avervi vista praticata, sebbene assai di raro, la litotripsi sui bambini e sui ragazzi in età inferiore ai quindici anni: generalmente si usa il taglio perineale lateralizzato, nel quale il professore Bottini è insuperabile per la rara destrezza, la calma e la sicurezza d'azione. — Egli ha fatto all'uopo costruire un bisturi speciale a lunga lama retta di taglio convesso sul dorso — mentre negli adulti, sempre, ben inteso, quando sia inevitabile la cistotomia, preferisce il taglio prerettale di Nélaton, perchè con esso si evita la ferita del bulbo dell'uretra e questa è aperta sicuramente all'apice della prostata, e nell'avvicinarsi il più possibile al retto porta l'incisione in vicinanza al diametro ischiatico, corda massima dell'arcata pubica. — *Sir Henry Thompson* non vuol riconoscere nessuna novità in tale operazione estesa ai bambini — ma, realmente, con tutto il rispetto dovuto all'illustre specialista, l'estensione dell'applicazione dell'apparecchio Clower-Bigelow ai bambini è una trovata dei nostri tempi, che rende sempre più glorioso il nome illustre di Bigelow, nome che è associato ad una nuova era della chirurgia della pietra. — Di

questa operazione, sia sugli adulti che sui bambini, io non posso dirne che bene: fra tutti i casi (notevolissimi e brillantissimi quelli del *Dr. Barrow King's College Hospital*) non figura un solo morto, e sì che alcuni si trovavano prima dell'atto operativo in cattive condizioni con muco, pus e sangue nelle urine, cosicchè la prognosi si doveva fare e si fece molto riservata: ciò, lo ripeto a sazietà, si deve all'indiscutibile eccellenza degli strumenti, ma ancor più alla sorprendente familiarità degli operatori e specialisti inglesi con una tale operazione. — Come accidente, occorre una sola volta emorragia, presto vinta coi soliti mezzi.

## LETTERA DODICESIMA

### « Il Cistoscopio. »

Londra, 16 ottobre 1892.

Giacchè sono nell'argomento e voi, o lettori benevoli, l'avrete già compreso, assai gradito, permettete che vi presenti uno strumento, che, fino dal suo primo apparire, non ebbe calorosa accoglienza nella pratica chirurgica, ma che attualmente, per i reali vantaggi e per i miglioramenti apportativi, molti chirurghi accettano e ne raccomandano in pari tempo l'uso. È desso il *Cistoscopio del Leiter di Vienna*, che ha formato il tema di un'importante pubblicazione, uscita nell'aprile del 1888, di cui è autore *Hurry Fenwick*, chirurgo del *London Hospital* e specialista, come già ho avuto occasione di dire, per le malattie genito-urinarie al *St. Peter's Stone Hospital*.

Ognuno sa come il riscontro delle neoformazioni

della vescica abbia sempre presentato le più grandi difficoltà, ponendo in seri imbarazzi insigni operatori, e costringendoli a valersi spesse volte dell'esplorazione digitale, raccomandata come *extrema ratio* da sir Henry Thompson nel 21.º Capitolo del suo aureo libro: *Diseases of the Genito-urinary organs*. Orbene, oso dire che con questo metodo le condizioni d'esame sono interamente cangiate, e la vescica può essere illuminata, come se vi penetrasse la luce del giorno. Nella penuria di mezzi di diagnosi per le infermità più gravi della vescica, che inesorabilmente condannano il paziente alla più atroce delle agonie, sono certo che i presenti e i futuri specialisti italiani vorranno fare buon viso a questa eccellente risorsa, e sono lieto di poter asserire che, malgrado le contraddizioni di grandi e piccini, lo strumento percorre una via trionfale, riportando il plauso dei chirurghi indigeni e stranieri e richiamando l'attenzione generale in tutti i più importanti congressi.

È al Borzini di Francoforte che si deve la prima idea di applicare la luce artificiale all'esame dell'interno della vescica: i suoi tentativi datano dal 1805, ma furono infruttuosi. Altre prove vennero fatte dal *Zégalas* di Strasburgo nel 1826, e venti anni dopo *Cazenave* in Parigi e *Avery* in Londra studiavano l'argomento contemporaneamente, indipendentemente l'uno dall'altro, senza giungere a nessun risultato pratico soddisfacente. Nel 1851

*Désormaux* preconizzava un uretroscopo che otteneva il premio d'Argenteuil, e alla distanza di quattro anni pubblicava un notevole lavoro sull'*Endoscopia*. Se ne occupava anche il *Cruise* di Dublino, che, comprendendo il difetto prevalente in tutti gli uretroscopi e cistoscopi sino allora escogitati, la *deficienza della sorgente di luce*, lo rinforzava opportunamente, ma non si da conseguirne grande vantaggio. Seguendo lo stesso cammino il *Dr. Brücke* di Breslau, nel 1860, concepiva la brillante idea di portare un filo di platino al color bianco e munito di apparecchio refrigeratore nel retto, sperando di riuscire ad illuminare l'interno dell'addome, o per lo meno a gettare sufficiente luce sulla vescica, sì che fosse stato possibile vederne il contenuto attraverso un tubo introdotto nell'uretra. L'istrumento fece pessima prova e fu inesorabilmente scartato.

Si giunse così sino al secondo semestre del 1875, quando il *Nitze* di Vienna ebbe a sbizzare il progetto dell'odierno elettrico-cistoscopio, che presentò completo nell'autunno dell'anno seguente. Non contento della costruzione del *Deicke*, ne diede novello incarico al *Leiter* di Vienna, che vi consacrò mesi e mesi di indefesso lavoro, senza che l'esito corrispondesse all'immane fatica. *Sir Henry Thompson*, recatosi a Vienna nell'autunno del 1879, ebbe occasione di provarlo insieme al *Dittel*, celebre professore di malattie delle vie urinarie, e sebbene ne riscontrasse la mancanza

di pratica applicazione, lo acquistava per mostrarlo ai suoi studenti nel teatro chirurgico dell'*University College Hospital*.

Lo portava contemporaneamente, e ciò nel 1880, ad un'adunanza della *Royal Medical and Surgical Society*, dove pure faceva rilevare al dotto consesso, come già davanti agli studenti, i grossi difetti che rendevano la nuova modificazione *Nitze-Leiter* una macchina voluminosa, incomoda ed assai costosa. Va da sè che dopo un tal battesimo dato dall'illustre specialista, l'istrumento non ebbe incontro alcuno all'estero, nè tampoco in Inghilterra.

La celebre scoperta di *Edison* e la possibile sostituzione della lampadina elettrica *Svan* o *Edison* (« *Mignon* » lampo) al filo di platino incandescente, fece rimettere al lavoro il *Nitze* ed il *Leiter*, i quali separatamente ripresero i loro studi e nel 1887 il Congresso di Berlino faceva la conoscenza di due apparecchi ingegnosissimi, ben poco differenti tra di loro e che rispondevano al bisogno altamente sentito di un *uretro-cistoscopo* di facile uso, come già si aveva un eudscopo per le orecchie, gli occhi, la gola. Sorvolò sui particolari poco piacevoli dell'aspra polemica sorta appresso tra i due autori e non entro a parlare della questione a chi dovesse, cioè, spettare la priorità e la privativa di un tale apparecchio — vi basterà dire che fu uno scambio di parole e scritti scortesi, e che la polemica, a un dato momento,

minacciò di degenerare in un volgare battibecco, senonchè la vittoria rimase al *Leiter*, il cui strumento ricevette l'approvazione delle due più grandi autorità in materia, il *Thompson* e il *Dittel*.

Entrambi lo descrissero nei loro testi, lo usarono nelle loro cliniche, e ne dimostrarono il grande profitto per le diagnosi molto dubbie ed incerte di alcuni difficilissimi morbi della vescica. *Hurry Fenwich*, sulle orme di *Thompson*, studiava altrettanto il nuovo trovato con amore pari al successo, faceva larga esperienza di ambedue le varietà di cistoscopi (*Nitze e Leiter*) sopra un cospicuo numero di vesciche normali e patologiche al *St. Peter's Stone Hospital*, al *London Hospital* e nella pratica privata, e il 23 gennaio 1888 ne formava oggetto di una conferenza ad un'adunanza della *Royal Chirurgical and Medical Society*. Qui li giudicava come strumenti semplici e di esito sicuro, e li poneva al disopra ed a grande distanza dagli altri congeneri: ne descriveva la forma, la costruzione, i pregi e i difetti, ne dettava le regole per l'uso, e, con uno spassionato nonchè illuminato confronto, scartava quello del *Nitze* per fare ottimo viso a quello del *Leiter*.

Il 10 aprile dello stesso anno mandava alle stampe (come abbiamo sopra menzionato) la sua pregevolissima opera « *The Electric Illumination of the Bladder and Urethra, as a means of Diagnosis of obscure Vesico-Urethral Diseases (London-Churchill)* » che espone lucidamente

e con forma nitida ed elegante i fatti di maggiore importanza che si connettono all'endoscopia della vescica e dell'uretra. È il primo libro completo intorno a quest'argomento, e che sia un'importante pubblicazione lo deduco dall'ottima accoglienza fattale dai principali periodici inglesi e tedeschi, nonchè dall'essere stata seguita nella loro pratica dagli stessi chirurghi inglesi. Il *Fenwick*, gentilmente, volle farmi un présente della seconda edizione, *notate* seconda, venuta alla luce nel 1889, il che prova non solo il successo dell'opera, ma ci induce anche a congratularci coll'Autore, che in sì poco tempo seppe moltiplicare le sue esperienze ed aggiungerle al suo testo, a vieppiù rafforzare la verità dei fatti esposti. — Più innanzi tornerò sull'opera che desidero far conoscere, almeno nelle sue principali linee, ai miei colleghi d'Italia che s'interessano della specialità; ora desidero di descrivere lo strumento servendomi delle figure del libro del *Fenwick*, alla cui infinita e squisita cortesia devo i *clichés*. — « Il cistoscopio del 1887 », dice l'Autore nella prefazione della sua prima edizione, « sta a quello del « 1870, come la *Puffing Billy* di *Stephenson* alle più recenti locomotive. « e sebbene non abbia ancora raggiunto il grado « di perfezione desiderato, pure è sufficientemente « pratico per poter diventare un fattore indispensabile della diagnosi delle oscure malattie della vescica ». Avendo fatta una famigliare conoscenza coll'apparecchio del Nitze, del Leiter e con quello

dell'Autore, che è una combinazione dei principali pregi dei due primi, mi limito a presentare ai lettori quest'ultimo, che non esito a dichiarare il migliore. Esso ha la forma di una lunga e robusta sonda per l'esplorazione dei calcoli a becco assai corto. (Le figure sono i numeri 17 e 18 a pag. 44 del più volte citato testo). Il becco consiste di un cappuccio vuoto di argento, concavo (fig. 18. C, F), che può essere avvitato e svitato all'asta e al corpo dell'istrumento; esso ha una lunga apertura ovale coperta da una sottile lastra di cristallo di rocca, e contiene la lampadina « *Mignon* » (fig. 18, L) i cui estremi (C, C) si adattano a due beccucci, in diretta comunicazione colla batteria per mezzo di superfici isolate. L'asta dello strumento si continua al becco con un go-

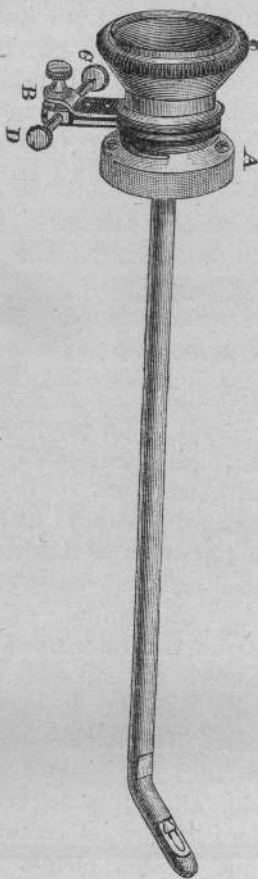


Fig. 17.

mito più o meno accentuato a seconda degli autori, e forma un tubo vuoto munito di un sistema di lenti per l'ingrandimento dell'oggetto esaminato. I raggi luminosi da questo entrando per una piccola finestrella posta nella piega del gomito (figura 17) sono rifratti da un prisma (figura 18, *Le*) che chiude la stessa fi-

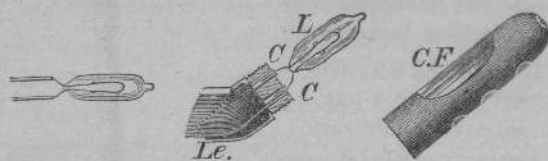
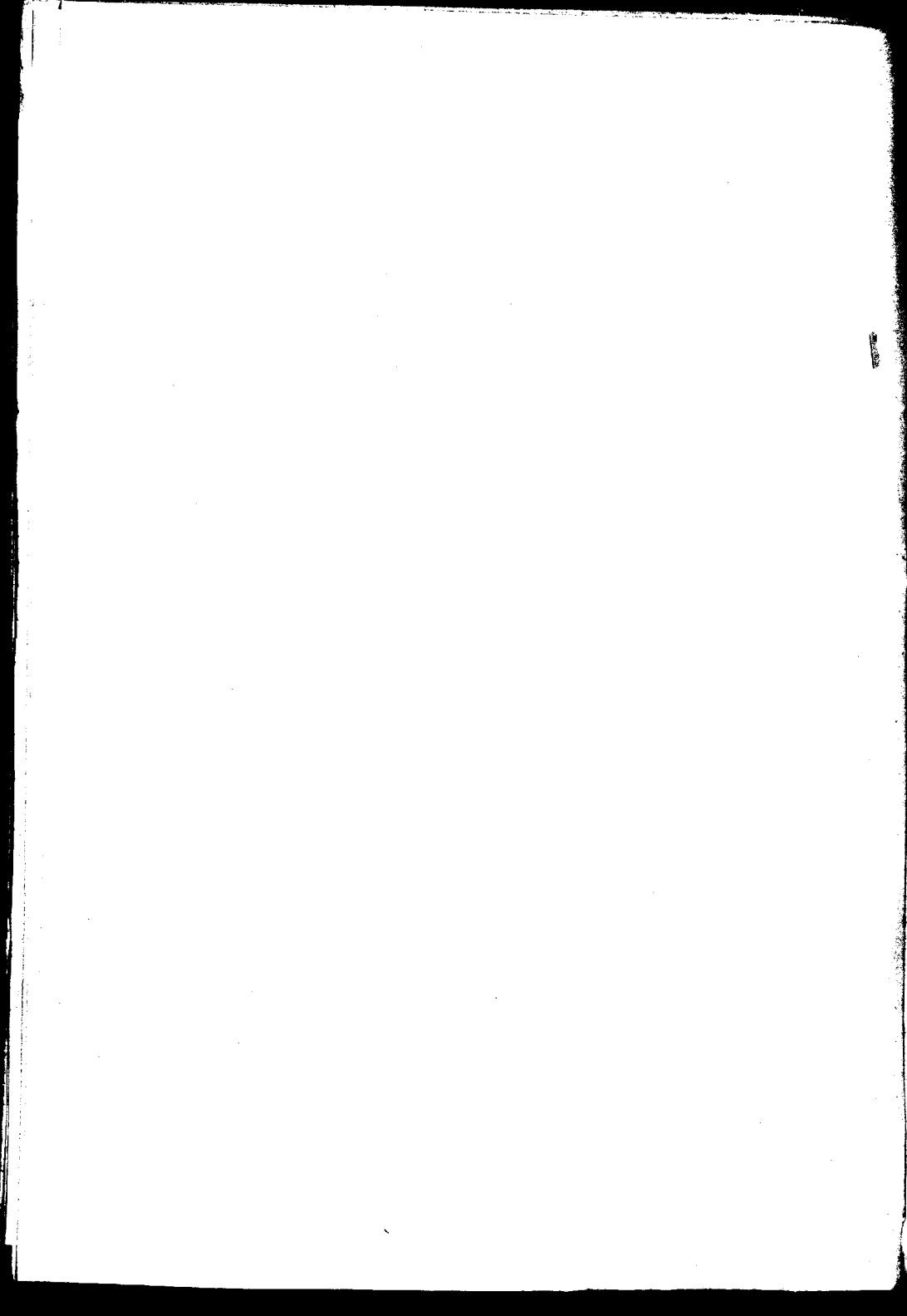


Fig. 18.

nestrella; indi passando attraverso al sistema di lenti già menzionato, sono percepiti dall'occhio dell'osservatore. — Il cappuccio può avere la finestra ovale anche nella faccia opposta, ed allora la finestrella ed il prisma saranno necessariamente posti nella convessità anzichè nella concavità della piega del gomito. — L'altra estremità, l'*Oculare*, ha un congegno speciale per connettere i fili della batteria coi poli della lampadina elettrica; è adattato, cioè, ad un piano rotante (fig. 17, *A*) che porta due piccole viti (fig. 17, *C*, *D*), cui vengono fissati i fili condotti attraverso il lume dell'asta sino alla punta del becco e propriamente sino al loro innesto coi beccucci della lampadina, ed infine un'altra piccola vite (fig. 17, *B*) per aprire e chiudere il circuito. — Un orlo di ebonite impe-

disce qualunque perdita di corrente che potrebbe aver luogo qualora l'apertura metallica venisse ad esser tocca dalla palpebra umida, coperta, ad es., da sudore. Quanto alla batteria, l'Autore trova perfettamente raccomandabile quella costruita da *Schall* (*Vigmore Street, Londra*). È un'ordinaria batteria di sei celle a bicromato di potassa, con un ben ordinato congegno per alzare ed abbassare gli zinchi ed i carboni, e munita inoltre di reostato, che è veramente indispensabile per il buon uso della medesima. Sullo stesso principio riposa la costruzione di un'altra batteria assai più grande, con reostato e galvanometro e che va rinnovata soltanto ogni diciotto mesi: stante le sue dimensioni, è più adattata per ospedali che per pratica privata. Dopo la scoperta degli accumulatori, l'attivissimo *Schall* volle surrogare la batteria primitiva con una nuova ad accumulatori, sempre fornita di reostato. — Il *Fenwick* non la crede però di pratica utilità, giacchè l'esame della vescica non richiede una gran potenza di luce, essendo gli accumulatori più propriamente indicati per quelle operazioni che necessitano una corrente costante ed uniforme, ed una forza elettromotrice superiore a quella che scaturisce dai singoli elementi: per il cistoscopio l'accumulatore sarebbe una comodità lussuosa.

---



## LETTERA TREDICESIMA

Pregi dell'attuale Cistoscopio. — Suo uso. — Fantoccio del Leiter per le prime manualità. — Opinione di sir Henry Thompson sul valore del Cistoscopio. — La ricerca dell' « ultimo frammento » nella litotrizia assai semplificata. — Controindicazioni all'uso del Cistoscopio. — Atti o momenti della « Cistoscopia ». — Accurata osservazione del « Trigono vescicale ». — Conclusioni.

Londra, 21 ottobre 1890.

L'istrumento come si trova al presente risponde vittoriosamente a due importanti obiezioni che sono state mosse a quello del Leiter. Prima di tutto la facile rottura della lampada « Mignon » quando questa venga in contatto coll'urina; — a ciò fu ovviato col chiudere l'apertura ovale del cappuccio mediante una lastrina di cristallo di rocca dello spessore di due millimetri. — In secondo luogo la possibilità di ustione della mucosa

MOROTTI. *Lettere dall'Inghilterra, ecc.*

8

vescicale. Il Fenwick trovò che sott'acqua il cap-puccio si mantiene freddo, assorbendosi rapidamente il calore mano mano si forma, e ne indusse che lo stesso fatto dovesse ripetersi nella vescica ripiena di urina o di liquido previamente iniettato. L'autore non credette opportuno di accettare la modificazione suggerita da Berkeley Hill coll'aggiungere all'istrumento un irrigatore, la cui mercè si potesse prontamente cambiare il liquido vescicale in caso di profusa emorragia delle pareti, mentre invece seguì il consiglio di *sir Henry Thompson* di accrescere la lunghezza dell'asta di circa un pollice. Ne risultò uno strumento semplicissimo, di moderate dimensioni, leggero e oltremodo facile ad essere montato per l'uso. Senonchè la conoscenza tecnica del cistoscopio è ben minima cosa a paragone delle veramente inaspettate difficoltà del modo di servirsene. Chi ha la fortuna di possedere mani delicate e da lungo tempo conosce tutto il delicato processo della esplorazione e del sondaggio vescicale, forse potrà addestrarsi in breve tempo, ma è indubitato che per riescire a portare opportunamente in sito il becco, cosicchè una certa porzione di vescica, e quella soltanto possa essere illuminata ed esaminata, ci vuole gran pratica e un mondo di pazienza. Sarà bene che si facciano le prime prove sul cadavere o sul fantoccio che il Leiter provvede per una tal bisogna. A mio parere, questo fantoccio è una vera trovata: qualche centimetro all'insù della sinfisi pubica voi tro-

vate un finestrino dal quale potete abbracciare collo sguardo tutto l'interno della vescica e controllare le varie evoluzioni, che voi state facendo fare alla punta dell'istrumento. Alcune masse irregolari di color rosso si da simulare polipi o altri tumori sporgono infuori dalle pareti, e sulla base si vedono disegnati i vasi e gli orifici degli ureteri, ed ivi pure giacciono pietre e corpi stranieri. Quantunque le manualità sul fantoccio a un di presso come in ostetricia dieno al novizio la prima rozza idea del come dovrà comportarsi in un esame cistoscopico, pure è superfluo il far notare che egli si troverà terribilmente impacciato quando vorrà trar profitto del suo tirocinio *in corpore vivi*. Non dico che una pietra, o un ago incrostato di fosfati o un tumore a forma e dimensioni tipiche abbiano a presentare difficoltà di diagnosi insormontabili; il giudizio in tali casi assume la stessa importanza di quello fatto da un principiante posto davanti a certe condizioni ben definite della retina, del timpano e della laringe esaminati rispettivamente coll'oftalmoscopio, otoscopio e laringoscopio. Ma alcuni modi di essere della mucosa, come speciali forme di tumefazione o rugosità, facilmente confondibili con veri tumori vescicali, richiedono, per essere convenientemente apprezzati, lunga e minuta esperienza. Se si aggiunga a ciò la enorme difficoltà di poter stabilire un giusto concetto della precisa grandezza degli oggetti presi in esame, che si presentano o più grandi o p.ù piccoli della

norma, a seconda della loro postura, risulta anco maggiormente evidente la necessità di uno studio speciale, continuo, direi quasi esclusivo, dell'istrumento stesso e delle sue molteplici applicazioni.

Ciò non diminuisce di un sol punto l'immenso suo pregio nelle ricerche vuoi fisiologiche, vuoi patologiche della vescica, e io mi auguro che possa farsi ben presto popolare, sì da rimpiazzare la larga collezione d'istrumenti o procedimenti, che tendono alla diagnosi delle oscure cause della ematuria e della piuria, e di cui ognuno di noi conosce pur troppo l'insufficienza, la nessuna utilità pratica. La chirurgia degli organi genito-urinari ora non è più nella sua infanzia: da pochi anni in qua, principalmente per opera dei bravi specialisti inglesi e tedeschi, ha fatto gran passi, ed è desiderabile che la conoscenza del cistoscopio e del lavoro del Fenwick diventi una vera necessità per ogni chirurgo che voglia completare la sua educazione scientifica in tale ramo di studi. Il Fenwick, naturalmente, è convinto dell'avvenire di questo impareggiabile mezzo di diagnosi e di cura: ora sta studiando alacremente il cateterismo degli ureteri, conseguenza diretta del poter riuscire a vedere chiaro e distinto ogni minimo dettaglio dell'interno vescicale, e se mal non mi appongo il cistoscopio percorrerà il cammino trionfale, che ora stanno facendo il *cauterizzatore della prostata del prof. Bottini* e l'*elettrolisi applicata alla terapia dei morbi uterini*, di cui l'*Apostoli* di Parigi

ed il *Keith* di Londra sono i principali esponenti. I preludi sono assai lusinghieri: ed io sento il dovere di far conoscere una tale risorsa e di inculcarne l'applicazione. In omaggio sempre alla verità, amo dichiarare che il *Thompson* non è perfettamente di quest'avviso: esso dissente in alcuni punti dal nostro autore e da' suoi proseliti, e le sue vedute conducono a restringere l'uso del cistoscopio e a impedire che lo si adoperi troppo facilmente e troppo leggermente. Come sempre, egli dà saggi ed illuminati consigli. Intanto, secondo la sua opinione, l'istrumento non può far a meno di apportare una certa irritazione agli organi che incontra nel suo cammino, e non è niente affatto dimostrato che un ripetuto esame praticato col cistoscopio risulti più innocente delle usuali esplorazioni anche reiterate col mezzo di sonde metalliche o di gomma. Inoltre il *Thompson* non vuol riconoscere il grande vantaggio di poter coll'aiuto del cistoscopio scorgere durante la litolaplassi *l'ultimo frammento* (last pagment) che ha suscitato tante discussioni, ed è stato il punto di partenza di numerose pubblicazioni, e così sentenza: « La perfezione raggiunta dagli odierni *litotritori* evita questo noioso incidente « di cui la colpa non deve necessariamente risarcire che al solo operatore ». Con tutto il rispetto dovuto al sommo chirurgo, mi permetto di ricordare come poche mattine fa il *Fenwick* operava di litotrizia un vecchio, in cui all'esame ci-

stoscopico aveva riscontrato quattro calcoli incistati, e tutti situati sul fondo. — Il Fenwick certamente non sta al paro del Thompson nè possiede il *tactus eruditus*, che sembra dote particolare di questo splendido operatore, ma pure è peritissimo chirurgo. — La seduta durò più di venti minuti, con due sole applicazioni del litotritore e dell'aspiratore Clower-Bigelow; sembrava che tutte le pietre fossero state triturate ed espulse completamente. La cistoscopia rivelò a cose finite la presenza di *un piccolissimo ultimo frammento* situato nella saccoccia proprio al di dietro della prostata (in questo caso per rara eccezione normale) dove io avrei sfidato chiunque a poterlo rintracciare. Va da sè, che subito fu preso ed estratto intiero tra le branche del litotritore.

Non ho mai visto il Fenwick adoperare il cistoscopio in casi: 1.<sup>o</sup> *Di prostata eccessivamente ipertrofica*: l'emorragia che ne deriverebbe arrosserebbe il liquido vescicale e offuscherebbe la visione. Cionondimeno, una regolare e modica ipertrofia non impedisce l'introduzione dello strumento, ma allora bisogna rinunciare ad esaminare il fondo della vescica e la saccoccia che sta al di dietro della prostata, non suscettibili in tal caso d'indagine alcuna. 2.<sup>o</sup> *Di stringimenti uretrali*, che non permettono il passaggio del cistoscopio. 3.<sup>o</sup> *Di vesciche anormalmente contratte*, dove sono assai difficili i movimenti del becco. — Mi diffondo un tantino in questi particolari, perchè

desidero che i miei ottimi colleghi si invoglino a leggere il libro del Fenwick, che presto verrà tradotto, a osservare attentamente le regole esposte dall'esimio specialista, e a diffondere questo metodo di diagnosi, eccellente sotto ogni riguardo e accessibile a chiunque ne faccia uno studio serio ed accurato. — La prima volta che io vidi una brillantissima cistoscopia praticata dal Fenwick in una complicata forma vescicale, mi sembrò di assistere ad un'esplorazione fatta con una delle comuni sonde, salvo la forma e il congegno differente: il cistoscopio in quelle abili mani mi parve di facile maneggio e di effetto immancabile. Io mi sono già provato ad adoperare il cistoscopio e come ci si sono provati altri medici, ma tutti dovemmo convenire nell' assoluta necessità di cominciare *ab ovo*, e dapprima col cadavere e col fantoccio, e poi in *corpore vivi* salire gradualmente e lentamente all'uso razionale e completo dell'istrumento. Mi permetta ora il lettore di farlo presenziare ad una seduta di cistoscopia, e di darne un' approssimativamente esatta descrizione.

Ecco i principali atti o movimenti di questo procedimento. L'operatore dapprima fissa i fili della batteria alle piccole viti dell'oculare, pratica l'immersione degli elementi della batteria e regola il reostato in modo che l'intensità della corrente sia modica (e si eviti il pericolo della combustione del filo incandescente. Qualora nel corso dell'esame

occorra una più vivida luce, alla bisogna potrà sopperire un opportuno movimento del manubrio, che serve ad immergere più o meno gli elementi nel liquido generatore della corrente. La vescica prima dell'operazione riceve mediante iniezione una certa quantità di liquido (quattro o cinque oncie di acqua distillata o di soluzione borica al 3 %) salvo nei casi in cui l'orina sia normale e perciò sufficientemente chiara: quando contenga pus o sangue, non serve, e l'interno della vescica dovrà essere accuratamente ripulito. Come anestetico locale, specialmente avuto riguardo alla sensibilità dell'uretra prostatica, si usa un'iniezione di cocaina al 20 % (il Fenwick non ha mai constatato alcun disturbo) e nei casi di eccessiva dolenza da parte della vescica (tubercolosi, ulcerazioni ecc.), e quindi di intolleranza di alcun liquido, nonchè a *fortiori* di alcun istrumento, si ricorrerà alla clorofornarcosi. Thompson e Fenwick usano assai raramente gli anestetici: chi però non possiede la loro perizia, avrà miglior partito dall'ascoltare i consigli in proposito dell'autore. L'operatore seduto tra le gambe del paziente o alla sua sinistra, prende il pene con una mano, il cistoscopio col'altra e lo introduce in vescica come una sonda delle solite, badando bene di non chiudere il circuito prima di aver la certezza che il becco ed insieme una piccola porzione del manubrio siano entrati in vescica. Posata la faccia sopra una salvietta messa a ridosso delle coscie, e applicato

L'occhio alla lente dell'oculare, l'osservatore percepisce immediatamente all'altra estremità del tubo un bagliore rosso-giallastro; in seguito, mediante leggeri movimenti impressi al becco e col modificare opportunamente l'intensità della sorgente luminosa (il che riposa onninamente nelle mani del chirurgo) se il liquido è trasparente, le pareti vescicali saranno illuminate come da una brillante e bianca luce, e ne verrà fuori evidente la topografia e l'aspetto totale della membrana mucosa. Nel descrivere il cistoscopio ho accennato a quella varietà, dove la finestrella che protegge la lampadina ed il prisma riflettore sono posti nella convessità dell'istrumento — e mentre l'ordinario cistoscopio è destinato precipuamente all'osservazione della parete anteriore e dei lati, questo è preferibilmente usato per la parete posteriore e per il fondo della vescica. Il Fenwick non lo adopera però quasi mai, quantunque si trovi nella cassetta del Leiter; la tecnica operativa è la stessa. Finito l'esame, l'operatore apre il circuito, e dopo qualche minuto estrae il cistoscopio, la cui estremità deve escire dalla vescica totalmente fredda per non arrecare alcun inconveniente nel suo ritorno attraverso le diverse porzioni dell'uretra. La parte più importante dell'esame (tale è il concetto che mi sono formato, dopo aver assistito a parecchie sedute) è la zona inferiore, ossia il *trigono vescicale*: questi sta al cistostopio, come la retina all'oftalmoscopio e la membrana del timpano all'oto-

scopo, poichè è là appunto dove si rifugia la maggior parte delle malattie considerate come oscure. I calcoli liberi, incistati o saccati — i tumori benigni o maligni — le ulcerazioni e altre forme di difficile apprezzamento sono più comuni nella zona inferiore che nella media o superiore. Agli orifici degli ureteri poi il Fenwick annette uno speciale interesse, tanto che non reputerebbe fatta a dovere una cistoscopia, senza una perfetta indagine di tali punti e delle loro immediate vicinanze. Ecco una piccola dimostrazione della facilità con cui vengono affette le tre zone dai tumori ed in special modo dal cancro :

Zona sup. 72 % — Superiore e media 72 %

Media zona 22,5% — Media ed inferiore 18,5%

Zona inf. 42,5.

Tale è la percentuale estratta da 100 casi esaminati dal Fenwick, che conclude come segue riguardo alla frequenza del carcinoma :

Zona sup. media : inferiore come 1 : 3 : 6.

La zona inferiore è la più ostica per l'osservazione, ma è quella altresì di massimo momento.

Per chiudere l'argomento e gli apprezzamenti in merito al cistoscopio, riferirò quanto ebbe a dire il dott. Wallace, primo assistente della Clinica operativa nella R. Università di Edimburgo, colla relazione di « Cinque cistoscopie » fatta nella tornata 4 dicembre 1890 alla « *Medico-Chirurgical Society of Edimburgh* ». Ecco le sue precise parole: « Il dott. Hurry Fenwick, che ha esaminato

« molti casi col cistoscopio, dà numerosi esempi  
« di oscura ematuria, nei quali egli poté chiara-  
« mente dimostrare quando la emorragia era di  
« natura vescicale, o invece si doveva indubbia-  
« mente ascrivere a disturbi renali. In conclusione,  
« io penso che noi siamo autorizzati ad attribuire  
« un grande valore diagnostico all'esame cisto-  
« scopico. Dove un tumore o altra affezione ve-  
« scicale fu scoperta mediante la sonda o altri  
« esami, il cistoscopio darà al chirurgo i mezzi  
« per poter giudicare circa la convenienza di un  
« intervento, e nei casi dove la diagnosi è dubbia,  
« l'esame cistoscopico potrà prevenire incisioni a  
« scopo diagnostico, certamente più pericolose che  
« l'uso del cistoscopio. Che l'istrumento possa es-  
« sere usato con perfetta sicurezza, credo sia  
« stato provato a sazietà. Nessuno dei pazienti da  
« me esaminati ebbe a risentire ulteriori conse-  
« guenze o disturbi di sorta: anzi, in un caso  
« speciale, il paziente dichiarò di sentirsi effetti-  
« vamente meglio; fatto di sicuro dovuto alla  
« generosa lavatura praticata come di solito avanti  
« l'esame ». Il dott. Nitze finalmente scrive nel  
« suo articolo del *Lancet*, 9 maggio 1887: « Para-  
« gonando l'esame cistoscopico cogli altri metodi  
« di esame, si deve notare come anche la più di-  
« ligente indagine circa la natura delle urine solo  
« in due casi rivelò la presenza nella vescica di  
« un tessuto villosa. — La palpazione rettale diede  
« sempre risultati negativi. — Ed anche l'esame

« colla sonda in nove casi fatti prima della cisto-  
« scopia non rivelò in alcuno la presenza di un  
« tumore, che in certi casi aveva il volume di  
« una piccola mela, e pure l'esame era stato fatto  
« da distintissimi chirurghi ed esimii specialisti ».

Ma anche quando, io mi permetterò di aggiungere, la sonda ci abbia rivelato e condotti ad una definita diagnosi di tumore, l'esame cistoscopico è sempre utile, e serve prima di tutto a verificare la diagnosi ed in secondo luogo a dare un'esatta, precisa, imprescindibile idea della sede e natura del tumore. — Così mi pare di avere discusso l'argomento con tutta la larghezza concessami dalle speciali e, diciamolo pure, favorevoli condizioni in cui mi sono trovato per la preziosa amicizia e squisita cortesia del dott. Fenwick. Alla mia prossima una rapida rassegna del suo bel libro.

## LETTERA QUATTORDICESIMA

---

**The Electric Illumination of the Bladder and Uretra**  
— By. **E. Hurry Fenwick, F. R. C. B.** — **Second**  
**Edition (I. and A. Churchill, 1889.)**

Londra, 27 ottobre 1890.

L'opera consiste di due parti: una dedicata all'*elettrocistoscopia* e l'altra all'*elettrouretroscopia*. Otto capitoli costituiscono la prima e la più importante parte del libro, trattando i primi tre l'evoluzione e la storia del cistoscopio, e i rimanenti gli usi ed i vantaggi dell'istrumento, più si ha una lunga e completa esposizione di casi clinici che serve ad illustrarne il valore pratico. — La seconda parte segue l'ordine e lo sviluppo della prima, ma per riguardo all'uretrocopia tutto il libro è intercalato da 54 disegni, dieci dei quali sono perfette riproduzioni fotografiche dei modelli in cera o in creta, che l'autore ritrasse dal vivo. — Il processo col quale l'autore ha ottenuto siffatti mo-

delli mi sembra nuovo e ingegnoso: preso un vaso a forma semisferica raffigurante la metà della vescica, ne spalma la parete interna con un leggiero strato di creta molle a significare la membrana mucosa, poi passa ad un accurato esame cistoscopico della vescica del paziente, e impressa in mente la forma, la struttura, la situazione, le dimensioni e il carattere di tutto quanto gli accade di vedere, scolpisce sul modello colla creta o colla cera le immagini percepite. Non è che dopo ripetuti esami cistoscopici che questo lavoro di mosaico e di somma pazienza può riescire a dare un modello che corrisponda con approssimativa esattezza all'originale: se ne prende allora la fotografia, e la negativa viene stampata. Il Fenwick preferisce indiscutibilmente questo metodo di rappresentare le morbose alterazioni dell'*uman cisti* alle dirette fotografie delle pitture cistoscopiche, ed altresì ai disegni sia in nero o in altri colori. Le dirette fotografie, a meno che non siano ritoccate le più volte, e perfezionate fino alla noia, non sono affatto distinte, e i disegni male si adattano a fornire un'idea dei fatti attuali. Dopo inauditi sforzi l'autore ha potuto ricavare due fotografie dirette di polipi in vescica, ma qualunque illustrazione data da un comune *clichè* sarebbe al certo più distinta, imperocchè è provato che la membrana mucosa non è suscettibile di essere fotografata. D'altra parte, i disegni sono sempre più o meno prodotti di una fantasia artistica, e se il medico

non è capace di farseli da sè, il disegnatore, che non è della professione, non ha stabile punto di partenza pel suo schizzo. Un colpo di tosse, i puri movimenti respiratori, una scossa accidentale, le minime contrazioni muscolari, poche gocce di sangue o di urina cambiano di botto la visione, e necessariamente il disegno diventa inesatto. — I modelli di cera o di creta del Fenwick sono altrettanti gioielli: io li ho visti e li ho ammirati. — Ogni cosa vi è fedelmente riprodotta, e con sorprendente verità ben definiti sono gli orifici degli ureteri, precisa è la delimitazione del trigono vescicale, perfettamente scolpita la distribuzione sanguigna, e magicamente imitata la colorazione della membrana mucosa a seconda dei vari suoi stati. Questi modelli sono assai istruttivi, e insieme al fantoccio del *Leiter* e coi preparati nell'alcool, e a secco, formano un piccolo museo che va ogni giorno più arricchendosi, sì da provvedere un prezioso ausilio ai cultori della specialità. Raccomando specialmente all'attenzione dei visitatori futuri quelli rappresentanti neo-formazioni, calcoli, corpi stranieri: certi papillomi sembrano per la loro configurazione e le tinte esportati dal corpo, e se ne può fare uno studio completo. La parte clinica dell'opera si svolge coll'esposizione di 130 casi, nei quali l'autore ebbe a ricorrere all'uso del cistoscopio. I casi sono raggruppati in tavole, dove sono menzionate tutte le affezioni possibili della vescica e inconfutabilmente pro-

vato il valore diagnostico del cistoscopio. Dovunque l'autore si mostra un chirurgo di primo ordine; egli ci appare padrone del soggetto ed un profondo osservatore. La parte clinica è un vero modello — le storie dei pazienti sono date con straordinaria accuratezza — i punti di massima importanza chiaramente indicati con poche, ma appropriate parole — nessuna ripetizione — nulla è superfluo — insomma, un eccellente lavoro dalle larghe e peregrine idee rivestite da una forma smagliante. — A ciò si aggiunga lo splendore della pubblicazione fatta senza risparmio — la nitidezza dei caratteri — la magnificenza del materiale e delle illustrazioni: tutt'insieme, una delle più riuscite opere di moderna chirurgia, che auguro per opera del solerte nostro editore Vallardi venga ben presto fatta conoscere e tradotta ai colleghi italiani. Ne è davvero meritevole per l'assoluta novità del soggetto, per l'interesse che destano le applicazioni pratiche e per gli intenti elevati dell'esimio autore.

Quanto all'*uretroscopo* poco mi rimane a dire. Il libro del Fenwick ne porta un'assai chiara descrizione con tutti i miglioramenti apportati allo strumento dal Nitze, dallo Schall ed ultimamente da lui stesso. È un istrumento, che non fu e non sarà mai popolare, il che è dovuto al fatto che solo in pochissimi casi, e del tutto isolati, fu riconosciuto di qualche valore. Il Thomson non si è imbattuto in un solo caso che ab-

bia rivelato un gran vantaggio dall'*uretroscopia*: è poi indubitato che l'introduzione dell'uretroscopo nel canale uretrale disturba tutta la speciale configurazione del medesimo e la relazione dei minuti orifici; oltrechè riesce oltremodo malagevole il poter percepire e debitamente diagnosticare qualunque neoformazione o fatto organico dell'uretra se questa è occupata in tutta la sua lunghezza e larghezza da un grosso istrumento. Senza contare che la pratica manualità dell'uretroscopo è ancora più ardua che quella del cistoscopia, non si ha la metà dei risultati diagnostici che si ottengono con un delicato maneggio delle solite sonde sia elastiche che metalliche. In casi di intrattabili e ostinate gonorree croniche forse l'uretroscopo ci darà la cognizione dell'esatta posizione del male e faciliterà l'applicazione del caustico o della pasta di jodoformio (di composizione speciale del Fenwick). Appunto all'Ambulatorio del Fenwick ho visto, si può dire, ristretto l'uso dell'uretroscopo alla ricerca del punto di principale residenza della goccetta o uretrite cronica con risultati assai soddisfacenti, inquantochè la cannula stessa di *vulcanite* annessa all'uretroscopo serve poi come mezzo o via d'introduzione al rimedio sia caustico, sia disinfettante. Per riguardo adunque alla cura della goccetta (gleet) ebbi campo di riconoscere e constatare la grande utilità dell'*uretroscopo* che consiglio insistentemente di usare in Italia, dove a nostro sconforto non sappiamo curare quella de-

solante e pure tanto comune infermità. Ma quanto agli elogi che il Fenwick prodiga all' *uretroscopo* in merito al suo valore diagnostico e terapeutico in casi di stenosi, nevralgie uretrali, uretriti granulose, corpi stranieri e neoformazioni, mi si permetta di essere un po' scettico anche contro la stessa credenza delle numerose osservazioni e considerazioni cliniche riportate nel più volte citato testo e di sottoscrivere all' opinione del Thompson che « dove un' abile esplorazione colla sonda « ha risposto negativamente, nessuna luce potrà « risultare da una diretta ispezione visuale coll' « retroscopo del Leiter ». E con ciò finisce la mia lunga visita a Londra e il racconto delle mie impressioni su quanto di più notevole vi ho osservato e studiato. A rivederci, cari lettori, a Edimburgo.

## LETTERA QUINDICESIMA

---

### **Arrivo ad Edimburgo — Organizzazione degli studi in Iscozia — Università e Scuola di medicina.**

Edimburgo, 1 novembre 1890.

Pochi giorni prima della partenza da Londra . quando annunciai ai cortesissimi sanitari degli ospedali da me più frequentati il vivo desiderio di visitare *Edimburgo e Glasgow*, ricevetti larghi e cordiali eccitamenti, perchè, mi si diceva, avrei trovato colà ricca messe di studio e opportunità di conoscere da vicino due scuole tra le più rinomate dell'era moderna. Lascio quindi immaginare qual fosse la mia trepidazione nel toccare questo suolo, e quale cura ponessi, appena giunto, nel portarmi ai luoghi tanto celebrati. La mia aspettazione non fu delusa: le due principali città della Scozia possiedono due veramente splendide università, che sono all'altezza della loro fama, non solo per la grandiosità ed il fasto delle loro costruzioni, ma eziandio per le ricchezze di

tradizioni, l'eccellenza delle scuole e la prosperità sempre crescente.

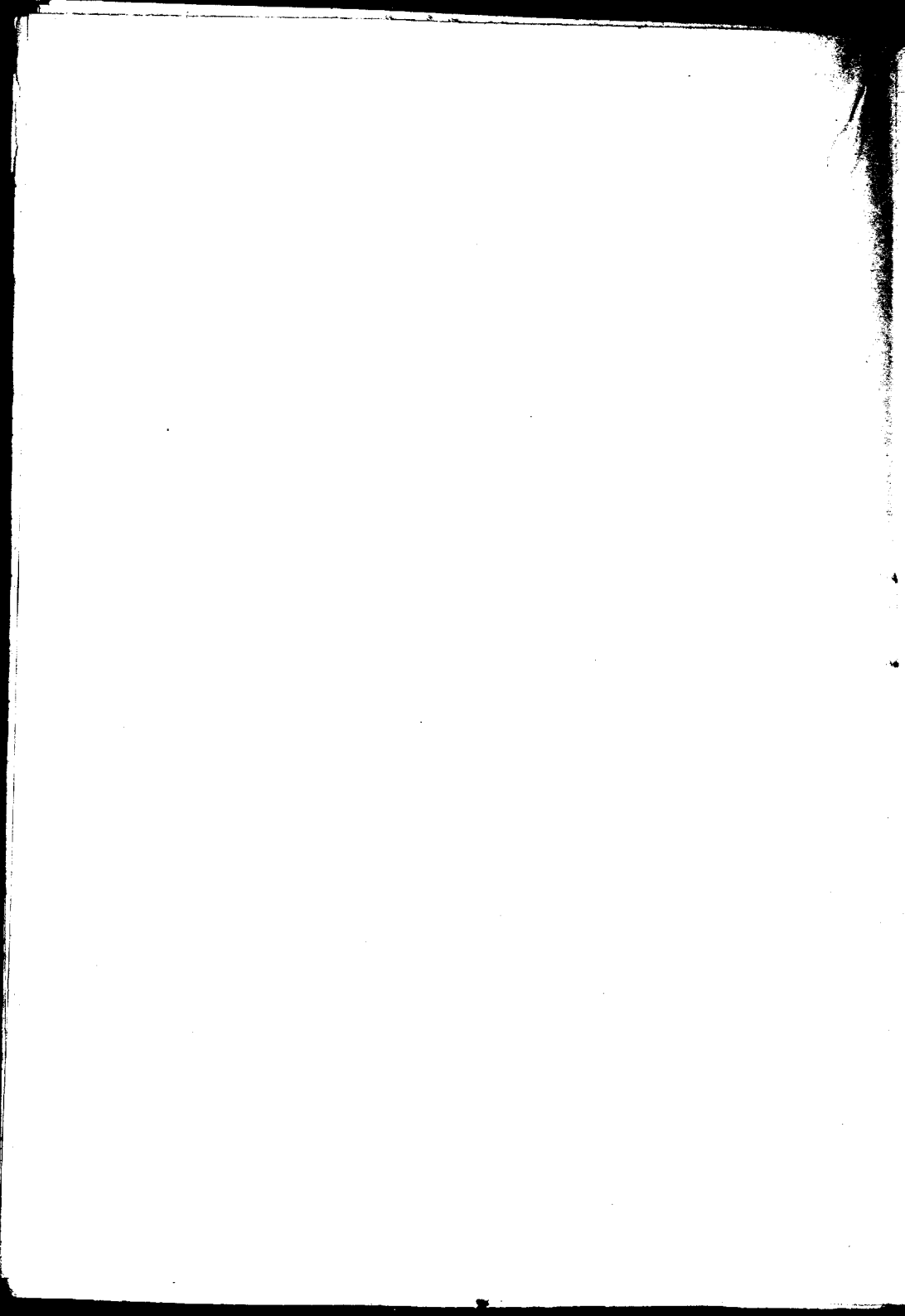
Mi ricordo di avervi intrattenuto lungamente su Londra, considerata come centro di studio, per l'abbondanza del materiale, per la intelligente distribuzione del medesimo e per la provvida istituzione delle *Medical Schools* e degli *Ospedali speciali*. Londra e tutta l'Inghilterra sono ricchissime fonti di pensiero e di lavoro; ma la Scozia in ispecial modo eccellente per il posto che essa occupa nella scienza. Io, lo confesso ingenuamente, desidererei per il mio paese una città come Edimburgo: voglio dire un luogo di studi in una città non troppo grande, perchè la cura degli studi non sia soffocata da troppe altre, nè troppo piccola, perchè gli studiosi non vi si sentano essi stessi soffocati e rinchiusi. Edimburgo è appunto tale. Devesi, peraltro, soggiungere che nei piccoli centri sono sempre da deplorarsi certi piccoli inconvenienti, ma a questi supplisce la facilità dei rapporti intellettuali mercè le biblioteche fornite delle opere e dei periodici più stimati e la tranquillità tanto necessaria a chi deve applicare la mente. Le università germaniche più rinomate sono quelle che risiedono in piccole città; — in Italia, Pavia possiede un ateneo che ha una storia gloriosissima ed ancor più gloriose tradizioni, mentre *Edimburgo* e *Glasgow* nella *Scozia*, *Oxford* e *Cambridge* nell'*Inghilterra*, sono fra le più illustri del mondo intiero.

L'organizzazione degli studî in Iscozia differisce non poco da quella già più volte menzionata dell'Inghilterra, giacchè abbiamo vere Università insegnanti e Cliniche universitarie, entrambe però autonome e non rivestite da alcun carattere governativo. L'Università di Edimburgo, frequentata da circa quattromila studenti (cifra rispettabile per una città di poco più di duecentomila abitanti), possiede tutte le facoltà: di Belle Arti, Teologia, Legge, Medicina e Scienze naturali. La facoltà di Medicina ha le stesse cattedre che da noi, e i professori, nominati non dal Ministero, ma da una Commissione composta dai luminari della materia in tutto il Regno Unito, sono pagati annualmente dall'Università per una piccola somma (da 100 a 150 sterline), e pel resto dalle quote degli studenti, qui chiamate *fees*. — Parallele alla facoltà di Medicina esistono altre istituzioni, quali la *School of Medicine* che ha circa un secolo di vita, il *Royal College of Physicians of Edimburgh*, il *Royal College of Surgeons of Edimburgh*, e la *Faculty of Physicians and Surgeons of Glasgow*.

Gli studenti di Medicina, si suddividono nei corsi teorici tra la *School of Medicine* e l'*Università*, e nei pratici vanno nelle Cliniche annesse alla *Royal Infirmary* (di cui parlerò nella lettera seguente) o nelle sale speciali concesse agli *Insegnanti extra-accademici*, ed il cui insegnamento ha pari valore a quello univer-

sitario. Per cui abbiamo scuole di insegnanti universitari o intramurali e scuole di insegnanti extra-accademici o extra-murali: tutti vivono sotto il medesimo tetto e svolgono la loro attività con ammirabile armonia, il che sembrerebbe da noi un sogno, un ordinamento che rasenterebbe troppo la poesia. Ed è questo ciò che io ho ammirato e che voglio farvi ammirare. Per meglio dipanare questa complicata matassa, prenderò ad esempio le Cliniche di Medicina e di Chirurgia. L'Istituto di Clinica medica comprende quattro cattedre, e quello di Chirurgia due: data la grande quantità di studenti degli ultimi tre anni di Università, sarebbe stato assolutamente impossibile il far lezione a tutti in una volta, senza tener calcolo dell'insufficienza del materiale. Sorse quindi la necessità di provvedere altri insegnanti, che, pur non appartenendo alla Università, facessero dei corsi che qualificassero lo studente per la graduazione nell'Università stessa: il lettore avrà già capito che intendo parlare di un'istituzione simile a quella dei nostri liberi docenti, i quali nelle nostre Università dettano corsi liberi con effetti legali. La scuola di Medicina extra-murale ha un corpo insegnante assai numeroso (quattro, persino sei *lecturers* per ogni singola materia) e tiene, come i professori della Facoltà, due sessioni, quella d'estate e quella d'inverno: può dare esami speciali, ma non il finale, che spetta solo all'Università o ai *R. Colleges of Surgeons and Phy-*

*sicians di Edimburgo e Glasgow.* Non insisto più oltre in questi particolari, sembrandomi inutile il citar nomi, il descrivervi regolamenti ed il soffermarmi su soggetti troppo locali e quindi troppo lontani. Ripeterò ancora, si venga a vedere, e dico *si venga a vedere*, perchè vorrei che si considerasse *de visu* questo ordinamento di studi onde potere poi correggere tante parti dell'ordinamento nostro, che si sono bensì volute correggere più d'una volta, ma senza, ch'io mi sappia, venirne mai a capo di nulla. E prima di tutto batterei il chiodo dell'*Autonomia delle Università*, la sola condizione per cui esse si mantengano continue sorgenti di vivida luce morale ed intellettuale in tutta la nazione. E non avrei pace sino a che non avessi sperimentato tutti i mezzi per ottenere delle Università come queste, dove una nobilissima gara ferve tra gl' insegnanti, affinché i corsi rispettivi abbiano ad essere i più frequentati, dove gli studenti vanno a scuola non perchè sono obbligati, ma perchè attratti dalla faconda parola e dalla valentia dei professori, e dove regna la più grande delle libertà, la miglior garanzia di un serio ed operoso insegnamento.



## LETTERA SEDICESIMA

### La « Royal Infirmary. »

Edimburgo, 3 novembre 1850.

È un maestoso fabbricato di nuova formazione, uno dei più belli edifici che adornino la città di cui occupa la parte più alta e più sana. Nell'ottobre del 1870 il Principe di Galles ne gettava la prima pietra e nel 1879 il Lord Provost, ossia il rappresentante della Regina in Edimburgo, la inaugurava con gran pompa, ed alla cerimonia assistevano tutte le Corporazioni della città e della provincia. La nuova infermeria sorge in parte sul sito della vecchia, la cui costruzione risale ad un secolo e mezzo fa, e rimarrà memoranda per la nobile iniziativa e per gli inauditi sforzi che per erigerla fece la generazione d'allora.

Fu una gara a chi elargiva di più, e gli operai, che non potevano offrir moneta, prestavano gratuitamente la loro mano d'opera. Nè ebbe a scemare un tale spirito di liberalità, quando le porte

dell'edificio furono aperte; basti il dire che unica e semplice condizione per esservi ammessi, era l'essere ammalati, non importando menomamente nè le condizioni dell'ammalato, nè la sua nazionalità. Allargandosi il campo delle cognizioni scientifiche, e crescendo ogni giorno il numero degli ammalati, la vecchia *Infirmary* non bastò più al bisogno, e si trovò urgente o ricostruirne una più grande o erigerne una nuova. Si fece un nuovo appello alla città ed alla Scozia, appello a cui l'intero paese rispose: le largizioni cominciarono colle ingenti somme liberalmente donate dalla famiglia reale, sicchè raccolti un enorme capitale si diede l'incarico a un distintissimo architetto, *sir David Bryce*, di presentare il progetto di un grandioso ospedale, che soddisfacesse alle moderne esigenze della scienza e dell'igiene. Io credo fermamente che non ci sia altro paese al mondo che, come la Scozia, sia animato da sì grande e nobile amore alla beneficenza ed alla carità. Essendo stato impiegato tutto il danaro già versato nella costruzione del fabbricato, rimaneva ancora a provvedere, e scusate se è poco, all'intero ammobigliamento; d'onde nuovo appello, nuova gara tra i privati, tra le corporazioni, perfino tra i domestici e le cameriere, di cui 6000 diedero unite insieme 534 sterline. Frutto di sì generosi sforzi fu che in breve l'edificio si poté considerare completo.

Il valore attuale della *Royal Infirmary* è di circa dieci milioni di lire italiane (400.000 sterline)

e e spese annuali sono sempre coperte, senza che mai si abbia a lamentare *deficit* di sorta, dalle pubbliche e private sottoscrizioni.

Calzerebbe qui qualche piccola considerazione sulla grande vigoria del carattere inglese, sulle ragioni fondamentali della ricchezza e della forza di questa floridissima nazione, ma corro avanti per dare al lettore qualche altro particolare su questo ospedale modello, che può fornire, studiandone l'intimo organamento e la disposizione, utilissime nozioni, specie agli architetti e sanitari presenti e futuri. — Prememi innanzi tutto richiamare l'attenzione del lettore sul fatto del come si sia mantenuto il regolamento di un secolo e mezzo fa: l'unico titolo, cioè, per essere ammesso alla *Royal Infirmary* è l'essere ammalati (*disease and suffering*), giacchè le leggi che governano la pubblica beneficenza sono le sole che nell'attuale vertiginosa corsa del mondo sembra non sieno suscettibili di progresso e si mantengano nella più primitiva e patriarcale semplicità. Ogni anno nella *Royal Infirmary* vengono ricoverati e curati circa novemila pazienti; oltre a ciò, più di dodicimila pazienti ambulanti ottengono le visite dei più distinti professori e delle più note celebrità, e ricevono le medicazioni, nonchè le medicine a spese dell'Istituto.

Vista dal di fuori, la *Royal Infirmary*, costruita in pietra, presenta un aspetto solenne, imponente, piuttosto tetro, e in essa si nota la totale assenza

di inutili e frivoli ornamenti. La tinta della pietra è grigio oscura, ciò che rende il fabbricato assai triste sotto un cielo pallido e velato, com'è, pur troppo, assai sovente quello della Scozia. Lo stile è l'antico scozzese baronale, le cui principali caratteristiche sono la straordinaria abbondanza di comignoli, guglie e torrette — e la struttura elegante e graziosa. Il sistema di costruzione o, per meglio dire, il piano adottato è quello familiarmente conosciuto sotto il nome di « *padiglioni* », raccomandato dal defunto *sir James Y. Simpson*, e da altre illustrazioni della scienza, come il miglior metodo per assicurare la libera circolazione dell'aria.

Così sono costruiti il *St. Thomas* e il *National Hospital for Paraly sed and Epilectic* a Londra, l'*Hôtel Dieu* ed il *Lariboisière* a Parigi, e tutti gli ospedali più noti della Germania. Una gran parte del centro dell'edificio è vecchia, originariamente occupata dal « *George Watson's Hospital* » ed ora saggiamente utilizzata dal bravo architetto costruttore ad uso delle *nurses* e degli studenti residenti. Al nord ed al sud del medesimo si stendono due sistemi di *padiglioni* — quello *settentrionale*, composto di sei padiglioni, destinato alla Chirurgia, e quello *meridionale*, composto di quattro, devoluto alla Medicina. Il comparto chirurgico è diviso in due gruppi (di tre padiglioni ciascuno) da un corpo centrale di fabbricato, dove risiedono tutti gli uffici d'amministrazione e sul

quale s'erge una bellissima torre-orologio. Alla *Royal Infirmary* si accede per numero copioso di porte e cancelli, ma l'entrata principale sta nella parte centrale e dà ad un sontuoso portico, sulle cui pareti ognuno può leggere incisi a lettere d'oro i nomi dei principali fondatori — alla testa di tutti la famiglia reale, la quale ha sempre portato grande interesse a questa provvida istituzione.

Sono pure adorne di ritratti e di busti le pareti di due lunghissimi corridoi che si staccano a destra ed a sinistra del gran portico, e, connettendosi con altri più piccoli e ad essi confluenti, formano un ben ordinato ed ingegnoso sistema di comunicazioni dei padiglioni tra di loro e delle infermerie coi teatri chirurgici, la cucina e le sale di servizio.

Tutti i padiglioni hanno una direzione dal nord al sud, cosicchè le finestre delle sale guardano l'est e l'ovest. — Ogni padiglione si compone di tre e talora più infermerie, ampie, spaziose, bene illuminate, con modernissimi e potenti apparati di riscaldamento e di ventilazione; — i letti non oltrepassano mai il numero di sedici per ciascuna infermeria, cosicchè i malati non sono addossati e costretti a respirare reciprocamente i prodotti della propria combustione organica, come verificasi nei nostri ospedali ed in ispecial modo nell'Ospedale Maggiore di Milano. I pavimenti sono in asfalto, muniti di scaricatore: le pareti ricoperte da un

intonaco bianco, impermeabile, e gli oggetti di arredo semplicissimi, in ferro e cristallo.

Anche qui la stessa pulizia, lo stesso ordine, la stessa proprietà che si osservano negli ospedali di Londra, sicchè al solo entrare si prova un senso di benessere e nessun ingrato odore viene ad urtare le vostre narici, come il fatto di non vedere secrezioni ed escrezioni di sorta vi può far credere di essere in una casa privata e non in un ospedale, dove si cura la parte infima della popolazione. Ciascun padiglione ha annesso un teatro d'operazioni, una sala d'aspetto per gli *outpatients*, piccole sale con pochi letti per casi gravi o per altri che richiedano l'isolamento, camere per i medici assistenti, per le *nurses*, per i convalescenti, e una serie non mai più finita di locali, ognuno dei quali ha una speciale destinazione. Il sottosuolo del fabbricato è occupato, insieme ad una parte del primo piano, da immense cucine a vapore, dalla dispensa, dalla farmacia, e da sale di esame per gli ammalati. Il comparto chirurgico consiste delle Cliniche del *prof. Chiene* ed *Annandale*, delle infermerie dirette dai *dottori Duncan*, *senior surgeon*, *Miller*, *Maclaren* — delle sale oftalmiche, nelle quali è insigne chirurgo il *dott. Argyll Robertson*: a ciò si aggiungano speciali dipartimenti per i denti — per le orecchie e la gola — e una sezione per le ricerche di patologia sperimentale. Il comparto medico, invece, risulta delle Cliniche dei *professori Grain-*

ger, *Stewart e Greenfield* — di un padiglione dedicato interamente all'ostetricia ed alla ginecologia, di una sezione per le malattie della pelle, di sale per gli studi di anatomia patologica e di altre adibite a laboratori e gabinetti per quelle ricerche chimiche o microscopiche che possono occorrere in tutto il comparto. — Grazie all'eccezionale cortesia del signor *Charles H. Fasson*, soprintendente generale, ho potuto girare in lungo ed in largo la *Royal Infirmary* e visitarne minutamente ogni piccola parte: nelle attuali condizioni dell'architettura ospitaliera si può francamente affermare che è uno dei migliori ospedali di tutto il Regno Unito, e che ha risposto pienamente alle aspettative dei fondatori e di coloro, che con tanto cuore, con tanta abnegazione e sapere, contribuirono alla sua definitiva costituzione. — Quanto all'ordine ed alla disciplina che regnano là dentro, non ho che una cosa a dire: *l'unione fa la forza* — giacchè la nota predominante dei rapporti che corrono tra superiori e subalterni, tra medici e chirurghi, tra professori e insegnanti extramurali, tra sanitarî e pazienti, è appunto l'armonia, la concordia e, più che tutto, un reciproco rispetto ed una stima affettuosa. Laonde si capisce come in quel colossale edificio possano seguirsi diversi metodi, enunciarsi molte teorie, tenersi disparati insegnamenti senza che gli interessi di una scuola mai abbiano ad urtare con quelli dell'altra — ognuno pensa a sè e,

quando può, rende servigi al collega, e i malati ne vantaggiano, perchè sono oggetto delle cure più assidue e degli studi più profondi, e i visitatori di tutte le nazioni si sentono ravvicinati dalla comune ammirazione davanti allo spettacolo indimenticabile di un sì perfetto ordinamento.

## LETTERA DICIASSETTESIMA

Le Cliniche chirurgiche della Royal Infirmary —  
La Clinica del prof. Chiene — Spezzatura dei  
varii insegnamenti a scopo didattico — I Gabi-  
netti di Patologia chirurgica e di Batteriologia  
— I locali e l'Anfiteatro chirurgico — Il perso-  
nale della Clinica.

Edimburgo, 7 novembre 1890.

La scuola chirurgica di Edimburgo vanta le più splendide tradizioni: basti dire che in essa si è iniziata col *Simpson* la pratica dell'anestesia col cloroformio, e che la sua storia è legata ai maggiori progressi del nostro secolo, ed ai nomi di *Alexander Monro*, di *sir Charles Bell*, di *James Spencer*, di *Matthew Duncan* e di *Lister*. Il provvido concorso pecuniario dei privati e alcune menti elevate, atte perfettamente a comprendere la scienza, l'hanno fornita di due grandi istituti clinici rispondenti alle esigenze dei moderni insegnamenti ed ai progressi della medicina sperimentale.

MOROTTI. *Lettere dall'Inghilterra, ecc.*

Corrispondono ad un dipresso alle nostre due cliniche: la *propedeutica chirurgica* e l'*operativa*, senonchè la prima ha un assai più largo sviluppo, e comprende un insegnamento teorico-pratico assai complesso, cui si dà il nome di *Chirurgia sistematica*. Io la chiamerei meglio *Istituzioni di Chirurgia*: qui poi sono più concisi, e nella Università, sulla porta che dà accesso ai gabinetti, ai laboratori, ai musei ed alle sale di lezione, hanno messo la parola « *Surgery* », per differenziarla dall'altra chiamata « *Operative surgery* » — Le Istituzioni di Chirurgia comprendono: 1.º *Un corso di letture*, tenuto dal professore, nel quale si svolgono mediante opportune considerazioni e ragionamenti, i principi generali della pratica chirurgica, terminando con una rivista completa del presente aspetto della scienza. 2.º *Le Tutorial Instructions*, tenute da tre assistenti agli studenti in ore opportunamente scelte ed in classi divise per turno.

Sono queste propriamente un'istruzione individuale degli allievi, ed includono le pratiche manualità per le fasciature e per la cura delle fratture e lussazioni dimostrate e prodotte in *corpore vivi*; — oltre a ciò si hanno esposizioni degli apparecchi e strumenti chirurgici — settimanali conferenze intorno alla chirurgia dell'occhio e dell'orecchio — periodiche revisioni delle letture del professore, sempre coll'aiuto di modelli forniti dal Museo annesso all'Istituto, e di disegni colorati,

ed infine dimostrazioni di Chirurgia antisettica nel Laboratorio di Batteriologia.

La sessione d'estate è poi specialmente dedicata alle esercitazioni di medicina operativa sul cadavere ed ai lavori microscopici, cui attendono volontariamente gli allievi nel Laboratorio di Patologia generale chirurgica. Come vedete, c'è tutto quanto può desiderarsi, e se lo studente in mezzo a tanta dovizia di lezioni e di speciali insegnamenti teorici e pratici non ne trae profitto e resta ciuco, è tutta colpa sua. L'insegnamento che ho descritto è completato assai largamente dal clinico, che gli è eguale per opulenza di mezzi e di comodità, e il tutto viene impartito in uno dei più belli e dei più completi istituti ch'io m'abbia mai visto. Già da alcuni giorni vado frequentandolo assiduamente, e mi è passata più volte per la mente la Clinica chirurgica propedeutica di Pavia, che, per la povertà di mezzi e per l'insufficienza del materiale disponibile, non è in grado di adempiere al suo ufficio, nè di raggiungere il suo scopo, quello cioè di convenientemente preparare l'allievo al corso consecutivo di Clinica operativa.

Pur troppo, la mia voce è così esile e la mia povera persona è così poco autorevole, che non può farsi sentire da chi sovrasta alla pubblica cosa in Italia; ma è certo che se lo potessi, lo farei assai volentieri, e cercherei di persuadere, chi di ragione, che le nostre Cliniche propedeutiche chirurgiche hanno d'uopo di un sostanziale mu-

tamento per portarsi all'altezza di quello che dovrebbero essere: ora sono semplicemente simulacri di Cliniche, e fino a quando resteranno così, non ne usciranno che studenti, i quali non sapranno diagnosticare una semplice frattura o un ascesso, e, giunti all'esame di Clinica operativa, prenderanno cantonate tali da farli bocciare di santa ragione. Le Istituzioni di Chirurgia dell'Università di Edimburgo rispondono pienamente allo scopo; ed un giovane che abbia seguito le letture del professore, gli insegnamenti speciali fatti dagli assistenti, e i corsi clinici puramente didattici, può dirsi in coscienza non digiuno delle principali e delle più fondamentali cognizioni della Chirurgia, quelle che lo porteranno a ben comprendere la vera clinica che si fa nell'altro Istituto. Il direttore è il prof. *Chiene*: un nome illustre nella Scozia ed abbastanza conosciuto anche in Italia. Egli tiene le sue letture giornalmente dalle 10 alle 11 antimeridiane, ed è il professore che nella Facoltà di Medicina ha il più numeroso uditorio, circa 450 studenti. La prima volta che ebbi l'onore di assistervi, ne uscii con un vivo desiderio di ritornarvi, tale era l'ammirazione da cui rimasi compreso per la straordinaria abilità didattica e per la valentia oratoria dell'insegnante. Il suo discorso non mi risveglia immagine più incantevole di quella di una fresca fonte sgorgante dal cavo di una rupe: il *Chiene* sente la poesia della scienza attraverso le reminiscenze classiche dei grandi

autori, vi trasfonde tutto quanto il suo sentimento, tutto il suo sapere, e la sua parola diventa forbita, il concetto sempre elevato, il ragionamento chiaro, succinto ed accessibile alle menti dei giovani.

Il *Chiene* ha incominciato il suo corso coi principî e cogli elementi della Patologia generale chirurgica: l'argomento è piuttosto ariduccio, ma vien reso interessante dall'alternare ch'egli fa l'esposizione teorica alla pratica, valendosi di numerosissimi disegni in colori, preparati di gesso, di carta pesta e, quando occorra, freschi o conservati nell'alcool o secchi, tutti forniti dal Museo dell'Istituto. Ho notato che il *Chiene* pone una special cura nel non riescire monotono, perchè l'attenzione dell'auditorio sia sempre desta, e l'allievo possa dalle sue lezioni apprendere buona parte dell'argomento, ricavandone il maggior profitto possibile. E il *Chiene* ci riesce ammirabilmente: pochi professori d'Università possono vantarsi di possedere una scolaresca così diligente, così volonterosa e, diciamolo pure francamente, così studiosa: il *Chiene*, più che un professore, è un vero padre per i suoi studenti, e questi lo compensano delle sue cure arrecandogli le maggiori soddisfazioni. — I mezzi pratici di dimostrazione per le lezioni, oltrechè dal Museo, importante per interessanti e pregevoli preparazioni, sono forniti dalle sale e dai due gabinetti di Patologia chirurgica e di Batteriologia.

Tutto il materiale anatomico-patologico proveniente dalla Clinica viene immediatamente dopo l'operazione portato al Laboratorio di Patologia chirurgica. Uno dei giovani praticanti, sotto la direzione del dott. *Styles*, capo del Gabinetto ed assistente del prof. *Chiene*, traccia subito per sommi capi l'esame macroscopico del pezzo sopra un volume a protocollo, indi ne toglie una piccola porzione per le indagini microscopiche, ed il resto lo consegna ad altro praticante, che con opportune manipolazioni, se fu trovato degno, lo prepara pel Museo o lo conserva per future ed eventuali investigazioni. Il metodo adottato per le preparazioni microscopiche è unico: quello della paraffina. Credo presenti qualche diversità da quello che noi usiamo nei nostri gabinetti, per cui ne do un piccolo cenno. Il piccolo pezzettino di tumore od altro è posto in parti eguali di spirito di metilene ed acqua per 24 ore, indi, levato di là, passa in un liquido contenente il 70 % di metilene, e ivi lasciato per un tempo non minore di altre 24 ore. Lo aspetta in seguito una soluzione alcoolica di borato di carminio dalle 24 alle 48 ore — e subito dopo una soluzione acidulata (con quattro parti su 100 di acido cloridrico) di spirito di metilene (70 %). Così si succedono mano mano le susseguenti operazioni: puro spirito di metilene — alcool assoluto — benzolo — sempre per 24 ore — indi eguali parti di benzolo e paraffina in una stufa a 48° — poi in paraffina pura per 24 ore.

e finalmente si lascia raffreddare rapidamente. Le sezioni sono fatte o col microtomo di Schanze o con quello di Roching di Cambridge. Ho visto con un potente *Zeiss* una quantità di preparati uno più felice dell'altro, che danno prova della bontà e della pazienza più unica che rara del bravo dott. *Styres*. Il prof. *Chiene* se ne serve largamente, e nelle sue letture mostra ai giovani allievi la parte microscopica dell'argomento, descrivendone la tecnica, e corroborando colla sua parola le ammirabili indagini dell'assistente. La camera delle investigazioni microscopiche, senza esser grandissima, è però ampia a sufficienza per contenere il ricco materiale al giorno d'oggi reso indispensabile dalle esigenze della scienza, e perchè ad ogni studioso sia riserbato un posto particolare di lavoro. A lato del Laboratorio di Patologia chirurgica sta quello di Batteriologia, assai più spazioso e meglio situato. La disposizione degli istrumenti, degli apparecchi, dei tavoli e degli oggetti di studio è lodevolissima come nel primo: soltanto qui l'ambiente è più vasto e perciò più ordinato.

Il direttore è il terzo assistente del prof. *Chiene*, il dott. *Edington*, che fu con me cortesissimo, pieno di attenzioni e premure gentili, accordandomi piena libertà di approfittare delle sue sale e di sbizzarrirmi a piacimento in mezzo ai suoi preparati ed alle sue interessantissime ricerche. Il Laboratorio del dott. *Edington* non può nemmeno

lontanamente competere con quello del *Royal College of Physicians*, che è il più grande, il più ben fornito, il più splendido di tutti quelli da me sinora veduti e diligentemente visitati; — e sebbene lasci la migliore impressione, perchè corredato di tutto quanto i moderni postulati della scienza batteriologica possono richiedere, rimane sempre un Laboratorio adattato soltanto agli studenti ed al corso di Chirurgia antisettica, che vi tiene annualmente il direttore. — Non ha quindi l'ambiente necessariamente più vasto, nè la suppellettile di cui il Laboratorio del *Royal College of Physicians* è opulentemente provvisto. — Ora veniamo alla Clinica propriamente detta.

Le sale e tutti i locali della Clinica del professor *Chiene* offrono l'impronta d'una tecnica disposizione suggerita dagli ultimi progressi: le infermerie, grandi e piccine, contengono sessantacinque malati all'incirca e ciò in ambienti ricchi, dove tutto è lindo, terso e pulito e vagamente addobbato in verde sì da sembrare una serra di fiori. Il pavimento è di legno — le pareti hanno un intonaco di stucco inalterabile. L'anfiteatro, parlo del nuovo che andrà in uso soltanto alla fine di questo mese, ha proporzioni grandiose ed è foggato ad emiciclo, in modo da convergere lo sguardo degli spettatori sul campo d'operazione. — Nulla dinota nè lo sfarzo nè la smania di strano e sonduoso mobiglio, ma in compenso ogni locale è ottimamente illuminato e deliziosamente riscal-

dato. L'area destinata alle operazioni è un recinto affatto isolato ed abbastanza ampio da poter contenere, oltre al personale tecnico, un numero cospicuo di spettatori. Il pavimento, come nella Clinica di Pavia, è in mattonelle di cemento con scaricatore: ai lati del teatro si trovano poi spaziose camere destinate all'armamentario ed al servizio di quello. Fra la ricca serie di strumenti chirurgici hanno attratto specialmente la mia attenzione quelli destinati ad operazioni sul sistema osseo, sulle vie urinarie, e la più completa e svariata collezione per un'accurata emostasi e sutura.

L'arredo del campo di operazione è semplicissimo: e rimarrebbe assai deluso chi recandosi qui, dove l'antisepsi ha avuto i suoi primi albori, pensasse di trovare nella Clinica chirurgica tutti i congegni inventati dagli odierni scienziati come mezzi di difesa contro lo sviluppo della sepsi. In fatto di antisepsi i Tedeschi e, senza andar molto lontani, gl'Italiani sono a capo d'Europa, dove appunto la *tanto paventata infezione* delle ferite da microrganismi è attaccata da tutte le parti con mirabile concordia di sforzi, e si fa infinitamente più di quel che non si faccia in tutta l'Inghilterra. Ai lati del letto d'operazioni, che è il solito modello inglese e che abbiamo anche in Clinica a Pavia, stanno due grandi tavoli che servono. l'uno a destra, a sostenere le bacinelle per gli strumenti, i recipienti per catgut, per la seta, per il crine di cavallo, immersi in soluzioni fatte di

acqua e sublimato corrosivo al 2 ‰, altri per tubi da drenaggio, per aghi e spilli; — quello a sinistra, per i catini colle diverse soluzioni d'acido fenico (1 in 20) e di sublimato corrosivo (2 ‰) — i vasi per le spugne, le compresse, le soluzioni concentrate all'iodoformio, la polvere d'acido bórico, l'olio e la vaselina per riscontri vaginali e rettali — l'apparecchio per la cloronarcosi, per induzione, ecc. Le spugne vengono lavate e passate nei catini e apprestate al primo assistente — non vi sono batuffoli. Gli strumenti di scorta, la benda d'Esmarch, gli apparati di anestesia locale, la pila elettrica, i porta-spugne ed altra suppellettile di frequente bisogno, vengono al momento portati dall'armamentario nel teatro, quando la natura dell'operazione lo indichi all'assistente o all'interno incaricato degli strumenti. Un altro tavolo, tutt'affatto isolato, porta la medicazione in cassette metalliche — un'urna ai piedi del letto ed un'altra in località opportuna stanno a raccogliere i materiali di rifiuto.

Invece dei serbatoi metallici mobili ed a sospensione, muniti di lunghi tubi di gomma per le soluzioni antisettiche, qui sono usati irrigatori a mano, e la lavatura delle ferite e l'irrigazione si compiono sempre a mezzo di catini colle differenti soluzioni. Sotto il gran finestrone, che dà luce a tutto l'anfiteatro, sta un immenso e comodissimo lavatoio, che serve unicamente al personale, con un vano speciale destinato al professore. Co -

chiudendo: assenza assoluta di ogni preparato idraulico, di cui sono provviste le principali Cliniche della Germania, e nemmeno la più lontana idea di stufe sterilizzatrici di Kock per le medicazioni o per altri oggetti. Tuttavia, si sia permesso osservare che tale ordinamento di cose non è affatto in relazione coi recentissimi canoni della micologia, e se non si pretende che si vada nel difficile o si caschi nell'esagerazione, si può nondimeno esigere che una Clinica di grande importanza, quale è quella del prof. *Chiene*, sia al corrente degli ultimi trovati della scienza e che, non foss'altro in via d'esperienza, li mostri e li faccia noti alla generazione di chirurghi che sta formandosi. Taluno, a cui con grande circospezione ho mosso questa obbiezione, mi ha risposto che proprio proprio non si sente il gran bisogno di far di più, dal momento che le operazioni sono condotte colle più rigorose e severe medele antisettiche, gli ambienti sono nelle migliori condizioni igieniche desiderabili, e le statistiche della mortalità sono inferiori a quelle di tutte le altre Cliniche che contino egual numero di ammalati.

L'esposizione degli apparecchi da me menzionati nelle cliniche di Edimburgo avrebbe l'aria di un lusso fastoso, e il loro uso altererebbe la semplicità e la rapidità dell'andamento attuale delle operazioni. Tanto il professore come l'ultimo degli interni possiedono una perfetta conoscenza di tali apparecchi e del loro valore, ma le circostanze locali e la relativa improbabilità del

pericolo di contaminazione, per ora ne escludono l'impiego: quando coll'andar degli anni i mezzi di protezione e il metodo ora adoperato mostreranno debil fianco al nemico, questi verrà attaccato con tutte le forze e con tutti i mezzi che ora, fortunatamente, ci sono largiti dagli studi batteriologici così rapidamente progrediti. Frattanto, accontentiamoci di vedere le stufe sterilizzatrici di tutte le forme e grandezze nei . . . gabinetti del dott. *Edington* e in quello non mai abbastanza ammirato del *Royal College of Physicians*.

Il personale della Clinica è composto dal direttore, di un assistente onorario, il dott. *Caird* (un bravissimo e distintissimo chirurgo, di cui dirò più tardi), di un *House surgeon* e di sei allievi interni, tutti con mansioni ben distinte e ben determinate. La disciplina non è delle più severe: il professore tratta i suoi assistenti con molta bontà e con grande indulgenza, sicchè le operazioni sembrano eseguite in famiglia. Ciò è affatto spiegabile col carattere freddo e posato proprio agli uomini del nord, assai diverso dal nostro, impetuoso e spesse volte intollerante di freno; — io però propendo pel rigore, il quale abitua i giovani ad essere fin dai loro primi passi della carriera chirurgica diligenti ed inappuntabili. — Quando avranno imparato ad obbedire e ad agire colla più scrupolosa esattezza e precisione, solo allora potranno esigere altrettanto dai loro coadiutori ed all'uopo comandare con vera cognizione di causa.

## LETTERA DICIOTTESIMA

**Salienti caratteristiche della Scuola del prof. Chiene**  
— Severo regime antisettico — Come è saggiamente compresa la questione antisettica nelle Scuole chirurgiche della Royal Infirmary — Chirurgia conservatrice bene intesa ed opportunamente applicata — Statistica delle operazioni e risultati — Il dott. Caird e la sua memoria sul « **Trattamento degli accessi freddi** ».

Edimburgo, 12 novembre 1890.

Nell'Anfiteatro della Clinica, in presenza dell'affollato uditorio degli studenti, coll'ordine più ammirabile nella condotta dell'operazione, si compiono ogni anno scolastico oltre duecentocinquanta atti operativi. Il metodo d'insegnamento è inappuntabile per semplicità, chiarezza e concisione. L'infermo da operare, condotto su lettino mobile in teatro, viene immediatamente sottoposto alla cloronarcosi ed alla più accurata toilette antisettica della parte, fatta dal primo assistente. Nel

contempo il professore, ricordata brevemente la storia clinica del caso, discute la diagnosi e si intrattiene piuttosto diffusamente sui metodi d'operazione, venendo per via d'esclusione a quello prescelto. Raramente mi avvenne di ascoltare digressioni nel campo anatomico o disquisizioni cliniche — nulla mai distrasse il discorso del professore dall'obbiettivo principale, strettamente pratico, che io mi permetto di definire la medicina operativa dimostrata sul vivo e completata dall'insegnamento clinico. Anche qui, come durante le lezioni teoriche, ho ammirato il buon metodo d'esposizione, la frase sintetica e l'improvvisazione sempre felice. Dopo l'illustrazione clinica si passa all'atto operativo. Dare un giudizio intorno al modo di condurre le operazioni e intorno al valore personale del prof. *Chiene*, è cosa per me alquanto difficile, nonchè, lo confesso sinceramente, ostica. Il *Chiene* opera come la maggior parte dei chirurghi inglesi, di cui ho già lodato la serietà d'azione e la particolare calma e sicurezza, colle quali sanno sormontare i più gravi ostacoli ed ovviare alle più grandi difficoltà. Il procedimento del prof. *Chiene* è abbastanza rigoroso e corretto, e se non lo si può chiamare un brillante operatore, la sua azione tuttavia lascerà sempre l'impressione di un chirurgo accurato, ordinato e sicuro. In ogni momento dell'atto operativo egli pone la più minuziosa diligenza, specialmente nell'emostasi e nella sutura: ed anche

nei frangenti più perigliosi procede con singolare pacatezza, non venendogli mai meno la padronanza di sè e l'aiuto veramente commendevole dei suoi bravi assistenti.

Tali sono le principali caratteristiche della scuola del prof. *Chiene*, improntate alle tradizioni che egli conserva religiosamente, ed al grande, infinito amore per la scienza che insegna. Il governo degli infermi e la visita sono tenuti giornalmente nelle infermerie ad esercizio degli interni, sotto la soprintendenza o dell'*House Surgeon* o del professore stesso, che a giorni fissi percorre le corsie degli ammalati, accertandosi del loro andamento e del come vengono fatte le medicazioni. Gli studenti affollano sempre le sale ed accompagnano il *Chiene*, che con loro conversa amichevolmente e discute peripateticamente sulle fasi dei periodi postoperativi e sul trattamento successivo del paziente. L'argomento che, naturalmente, fornisce inesauribile tema di discorso è quello dell'antisepsi, giacchè, giova dirlo, il *Chiene* è *listeriano* più di *Lister stesso*. Sulla più rigida disciplina antisettica è basato l'indirizzo della sua Clinica, come pure quello di tutto il Comparto chirurgico della *Royal Infirmary*. Il modo concorde di pensare che regna nella gran scuola da cui è sorto *Giuseppe Lister*, getta un' ancor più favorevole luce sulle gravi divergenze della scuola inglese e sul loro spiccato dualismo nell'intendere la grave questione presentata ai lettori nella mia terza lettera

da Londra, e dai luminari scozzesi risolta nel modo più saggio e giudizioso, che torna a grande onore del loro impareggiabile buon senso. *In medio stat virtus*: e la via appunto da loro battuta è quella di mezzo, ossia quella di un giusto e moderato eclettismo. Così, mentre in Inghilterra le tendenze dell'odierna chirurgia e degli accaniti avversari alle teorie listeriane sono dirette a sopprimere i germi infettivi prima dell'intervento operativo, piuttosto che a combatterli dopo il loro sviluppo coll'aiuto dei microbicidi, la scuola d'Edimburgo non fa speciale preferenza per il prevenire od il reprimere, non fa questione di teorie o di principi, ma accetta senza partigianeria i dogmi dell'uno e dell'altro metodo, e li applica a seconda del caso, anche contemporaneamente, se ve n'è il bisogno. Fortunatamente, lo ripeto, i chirurghi, gli ostetrici ed i ginecologi della *Royal Infirmary* funzionano in ambienti già di per sé asettici, dove le norme della più scrupolosa igiene sono da tutto l'alto e basso personale perfettamente intese, e ciò che loro rimane a fare si è della buona asepsi. Piacevi di citare a questo proposito quanto scriveva nel 1883 il prof. *Bottini* nelle sue « *Lettere chirurgiche dalla Germania e Scandinavia* » parlando dei metodi antisettici usati nella Clinica di Berlino. « I mezzi di profilassi a difesa antisettica « devono essere proporzionati alle circostanze locali, rafforzarsi ed accrescersi in ragione diretta « del maggior pericolo di contaminazione, e non

« si devono comprendere sotto un unico punto  
« di vista e designarsi in un'unica misura da ap-  
« plicarsi in modo uniforme ed in qualsiasi cir-  
« costanza; ciò sarebbe contrario e ripugnerebbe  
« al concetto generale che inspira e governa la  
« dottrina antisettica ». Il che basta per far capire  
come qui sia bene intesa la questione, e quali  
siano i doveri che incombono agli Istituti clinici  
ed ai Nosocomi, i quali non presentino le favo-  
revoli condizioni di quelli di Edimburgo. — Un'  
altra delle idee dominanti del prof. *Chiene*, e che  
s'affaccia più o meno costantemente nei discor-  
setti che precedono le operazioni, è una certa ten-  
denza *alla chirurgia conservatrice*, tendenza che  
ho pure notato nella gran maggioranza degli ope-  
ratori inglesi. Ciò parrà strano avvenga in questo  
paese, in cui ebbe la sua prima origine l'arri-  
schiatissima *chirurgia del sistema nervoso cen-  
trale*, ma è altresì facilmente spiegabile, quando  
per un momento si pensi alla gran forza delle  
tradizioni ed alla memoria ancora viva nell'at-  
tuale generazione di chirurghi, degli insegnamenti  
di *Giovanni Hunter*, il quale, come è noto, ebbe  
a dire che « ogni operazione richiedente una mul-  
tilazione è una tacita confessione dell'imperfezione  
della nostra arte ». Il conservatorismo del *Chiene*  
è forse più teorico che pratico, desiderando egli  
far conoscere ai giovani le forme chirurgiche più  
semplici ed instillare in essi non tanto l'amore  
per l'operare, quanto per il trattamento conser-

vativo in generale. Quando appena appena può risparmiare l'operazione, il *Chiene* lo fa assai volentieri; ho visto nelle sue sale alcuni casi di *fratture complicate*, nei quali la chirurgia conservatrice aveva fatto miracoli, ed ho assistito ad operazioni in cui mi ha sorpreso lo studio speciale da lui posto nell'intaccare il meno possibile la pelle, e nell'evitare la perdita di parti dell'organismo. Non è, dunque, un conservatorismo che urti menomamente col progresso scientifico, ma è un conservatorismo ben inteso, che lascia piena libertà al chirurgo di procedere a qualunque operazione, purchè richiesta dalla salvezza del paziente o non dal desiderio di mostrare eccellenza nella propria arte. Non fa quindi meraviglia che tutte le operazioni, che esigono perdite fisiologiche di parti del corpo umano, quale la ghiandola tiroide, il laringe, le pareti della vescica, ecc., sieno nella Clinica oggetto di seria discussione e matura ponderazione; mentre ad esse si procede direttamente, quando il giudizio di prognosi assicuri la vita dell'individuo od almeno il prolungamento della medesima.

Il maggiore contingente delle operazioni viene dato dalle affezioni delle ossa, congenite ed acquisite: vidi non pochi casi di correzioni osteotomiche assai bene riuscite — una gran quantità di apparecchi per fratture — molte ernie congenite curate radicalmente col metodo *Macewen* — qualche cistotomia soprapubica per tumore o per pietra

troppo grossa e troppo dura — un'estirpazione di linfomi del collo condotta con rara destrezza e precisione di lavoro — un discreto numero di resezioni di ginocchio, di artrectomie, di amputazioni di arti — una colotomia inguinale in un caso di cancro rettale — ed un'ablazione di tumore (non s'è ancora fatto l'esame microscopico) retroauricolare, voluminoso, in cui con gran maestria il *Chiene* praticò una doppia trasfissione del peduncolo, involgendo tutto il tumore con una lista di garza, perchè la sanie gemente dalla neoformazione ulcerata non inquinasse la ferita; indi tagliando sotto il punto di trasfissione.

Per la lezione il professore riserba i casi più semplici, prettamente didascalici, come amputazioni di mammelle, osteotomie, tenotomie e va dicendo, mentre i casi complessi li opera o dopo la lezione o in altri giorni, ben inteso lasciando libero l'ingresso ai giovani ed a chiunque desideri intervenire. Il dott. *Vallace*, primo assistente, mi ha gentilmente mandato un piccolo estratto delle ultime duecento operazioni del prof. *Chiene*, dal quale ricavo che la mortalità fu del quattro per cento, fatto naturalmente il debito conto dei pazienti morti per malattie, che nulla avevano a che fare colla forma iniziale. Stante la rigorosa antisepsi, e l'indirizzo perfetto della Clinica, i risultati non possono a meno di essere brillanti; anche i casi, che io ebbi la fortuna di vedere sin qui, si mantengono tuttora nelle condizioni più

felici di successo. Lo stesso dott. *Vallace* nel penultimo numero dell'*Edinburgh Medical Journal* (ottobre) riporta due casi di laringotomia operati dal prof. *Chiene*, durante l'anno scolastico, colla perfetta guarigione dell' uno e colla morte dell'altro in dodicesima giornata per pneumonia.

Parlare della Clinica del *Chiene* senza far menzione di un personaggio importantissimo della medesima, è commettere un'imperdonabile omissione. Voglio alludere al dott. *Francis Caird*. Questo valente chirurgo fu sino al 1886 assistente effettivo del *Chiene*, poi, superati brillantemente gli esami di *Docente extramurale*, lasciò il posto al dott. *Vallace*, continuando però come *onorario* a prestare l'opera sua, specialmente aiutando direttamente il professore nelle lezioni e sedute cliniche. Il *Chiene* lo tiene assai caro ed in grande considerazione — i colleghi lo preconizzano una celebrità: a me è parso tale da soddisfare pienamente le aspettative generali. Giovanissimo, fa parte del gruppo dei sei *Assistents Surgeons della Royal Infirmary* — tre dei quali — i più anziani — sono titolari di una sala e gli altri comandati (*Appointed*) a supplire rispettivamente i due professori di Clinica e il *Senior Acting Surgeon* (dott. *John Duncan*) durante le vacanze e le eventuali assenze. Si è appunto in queste circostanze che il dott. *Caird* ha mostrato di possedere la vera stoffa del chirurgo, facendosi notare dalla scolaresca e dai colleghi per la rara destrezza,

la finezza e l'ardimento delle sue operazioni. È un giovane simpaticissimo, assai modesto: uno di quei tipi studiosi, a nordica impronta, sobrio di parole, lavoratore metodico ed indefesso, che promette di riuscire un eccellente professore d'Università.

Nello scorso autunno, durante l'assenza del *Chiene*, ha popolato la Clinica di casi arditissimi ed interessanti, tra i quali una serie di gravi operazioni del collo, dell'addome e degli organi genito-urinari. Del suo valore e della sua abilità ho potuto accertarmi io stesso, vedendolo operar talvolta, dopo le lezioni cliniche, su casi gentilmente concessi dal professore: la sua azione è brillante e sicura, per cui è ben naturale che gli studenti non lascino il teatro e rimangano a dimostrare la loro stima ed interesse per l'esimio operatore. Le letture del dott. *Caird*, che vertono a preferenza su alcune branche della chirurgia, corredate di preparati di ogni sorta, di applicazioni di bendaggi ed apparecchi in *corpore vivi*, ecc., sono sempre affollate, anzi contano l'uditorio più numeroso dopo quello del *Chiene*. Ne ho udita una riuscitissima sulla *frattura della rotella*, e credo sia difficile nel breve tempo di un'ora dire tutto quanto ha detto il dott. *Caird* — nitidamente e succintamente — sugli ultimi metodi di cura, tra i quali gli uncini del *Malgaigne*, l'apparecchio del *Macewen*, ecc. Fra le bellissime memorie, di cui il *Caird* ha in questi ultimi anni seminato i prin-

cipali periodici del Regno Unito, ne lessi con grandezza una sul *Trattamento degli ascessi freddi*, colla quale mi sembra risolto un punto assai difficile e finora molto incerto di questa terapia. La descrizione si trova in disteso nel numero di settembre dell'*Edimburgh Medical Journal*. Eccola in breve. Prese le solite medecole antisettiche, l'autore apre l'ascesso con una piccola incisione, larga a sufficienza perchè vi possa passare l'indice, e prima ancora di svuotarlo, raschia coll'unghia la membrana piogenica. Quindi permette l'uscita del pus, lava la cavità con ripetute irrigazioni di opportuna soluzione antisettica calda, applica un piccolo tubo di drenaggio, due punti di sutura, e chiude l'operazione con una abbondante medicazione. In certi casi, come, per es., negli ascessi all'inguine da spondilartrocace, al disopra della medicazione fa passare una benda elastica a meglio fissar l'arto e le stecche che si applicano per l'immobilizzazione. Il giorno seguente rimuove il tubo e dopo quarantott'ore i punti di sutura. Sopra sei casi operati nello scorso agosto, quattro guarirono perfettamente, impiegando da dieci giorni ad un mese, due ebbero esito sfortunato per la straordinaria ampiezza dell'ascesso e per le concomitanti condizioni generali decisamente sfavorevoli. Il *Chienne* ora adotta nella Clinica il metodo del *Caird* e se ne loda assai. *Sir Joseph Lister*, come vidi a Londra al *King's College Hospital*, adopera un altro metodo, che consiste nell'aprire l'ascesso

con un piccolissimo foro, nel fare una generosa e prolungata lavatura della cavità sino al rischiaramento della corrente d'irrigazione e nel suturare e medicare copiosamente. Il liquido che esso impiega è soluzione di *sublimato corrosivo all'1 su 10,000*. Il processo di *Lister* ha l'inconveniente di mantenere l'infermo immobilizzato in un letto per un certo lasso di tempo — quello del *Caird* si presenta come più spiccio e più sicuro. Il merito del successo pare si debba attribuire alla felice idea di usare il polpastrello e l'unghia del dito — strumenti al certo più sicuri e, permettetemi la frase, più intelligenti del *cucchiaio di Volkmann*; in una parola, coll'unghia del dito il *Caird* crede più facile e completa la estirpazione di tutta la matrice del pus, donde la possibilità, quindi, di avere una estesa superficie granulante, che vada in breve tempo a pronta guarigione. L'efficace risorsa proposta dal dottore *Caird* ebbe sincere felicitazioni ed approvazioni nell'adunanza della *Medico-Chirurgical Society* di Edimburgo, tenuta il 2 luglio u. s.

---



## LETTERA DICIANNOVESIMA

---

### La « Clinica operativa. »

Edimburgo, 19 novembre 1890.

Ed ora mi rimane a parlare della *Clinica operativa*. Essa sembra fatta sullo stampo di quella del prof. *Chiene* e, se non riguardo all'insegnamento, certamente le due Cliniche sono parallele riguardo al metodo, all'indirizzo, ed ai concetti che ne informano l'andamento. Direttore dell'Istituto è il prof. *Annandale*, che nel 1877 salì alla cattedra, lasciata da *Lister*, chiamato a Londra dai voti e dai desiderî unanimi di tutto il *Royal College of Surgeons*. La Clinica di *Annandale* conta circa 80 letti, con un materiale scelto, ed è sorprendente per la distribuzione tecnica, la proprietà e l'eleganza. Il metodo fondamentale di cura è l'antisettico — l'applicazione ne è severa e corretta — ed anche qui va ripetuta la stessa osservazione fatta per la Clinica del *Chiene*, quanto alle felici condizioni degli ambienti e alla nessuna

necessità — almeno per ora — di altri e più efficaci mezzi di difesa antisettica. Mentre nel *Chiene* eccellono le qualità didascaliche, nell'*Annandale* prevalgono in sommo grado le operatorie. Sicchè il lavoro della sua Clinica è ragguardevole, come ottimi ne sono i risultati. Egli si cimenta assai volentieri nei casi gravi e complessi, e bene spesso popolano la Clinica pazienti, da cui altri pratici prudentemente hanno ritratto la mano. Io l'ho trovato davvero un abile operatore, sicuro del fatto suo, e a cui si può forse rimproverare soltanto una spiccata tendenza all'effetto scenico e la deficienza di metodo. È appunto il *metodo*, questa ammirabile prerogativa della Scuola di Pavia, che manca alla più gran parte degli operatori inglesi e che alle volte li fa parere inferiori a quello che in realtà sono — onde il giudizio di imperfetti ed incompleti. Tutte o quasi tutte le grandi operazioni tramandateci dagli antenati, o quelle di recente acquisto della chirurgia antisettica, vengono eseguite nella Clinica dell'*Annandale*: le statistiche sono brillanti e la mortalità è quasi insignificante.

L'insegnamento clinico si fa mediante lezioni, che si tengono tre volte alla settimana; negli altri giorni si compiono operazioni. Il metodo è quello già più volte ricordato: consiste, cioè, in una breve esposizione della storia e dei sintomi del caso, confortata da quegli esami che possono occorrere ad una esatta intelligenza dell'affezione prescelta.

Grande chiarezza e concisione sono le principali doti delle lezioni dell'*Annandale*, senza digressioni di sorta, con particolare riguardo alla parte clinica. Francamente, a me parvero sedute troppo povere d'idee scientifiche, troppo condensate; forse sono così quale naturale corollario di quelle del *Chiene*, ricche di ogni particolare didattico ed eminentemente istruttive, nelle quali gli studenti vengono educati ad un metodo severamente preciso d'indagine, cosicchè all'*Annandale* non rimanga che il mostrar loro molti e molti casi, l'abituarli ad istituire in breve tempo una diagnosi, ed il formar loro quello che volgarmente si chiama l'*occhio clinico*. Ma, ripeto, pure ammessa la necessaria preparazione acquisita nella Clinica chirurgica propedeutica, le lezioni dell'*Annandale* mi fanno l'effetto di essere troppo strettamente pratiche e più un'affrettata rivista di molti ammalati che un attento studio clinico dei medesimi. Badate bene che in questo apprezzamento ho a compagni alcuni colleghi dell'armata indiana ed altri francesi, che convennero perfettamente meco nel lamentare la deficienza di un preciso e completo esame dell'ammalato, quale si usa nel continente ed in ispecial modo, torno a rammentarlo, nella Scuola di Pavia, che tiene sempre alto il primato del più perfetto modo d'istruzione scientifica. Finita la lezione clinica, che dura cinquanta minuti, l'*Annandale* fa distribuire dai quattro assistenti un cospicuo numero di fogliolini stampati, contenenti

le principali linee dell'argomento trattato. Ieri, per esempio, fu la volta dei tumori maligni e, dopo aver mostrato alcuni dei più splendidi esempî di cancro e sarcoma, fece pervenire a ciascun studente l'elegante cartoncino, in cui lesse — redatto telegraficamente — tutto quanto poteva concernere, dal punto di vista clinico, la natura e il decorso di tali morbi. — È una gentilezza che usa il professore agli studenti per facilitare loro il lavoro di preparazione agli esami, *sia bimestrali* o di classe (come qui vengono chiamati), *sia generali* alla fine dell'anno. Giacchè, da quanto ho potuto capire, gli esami sono assai più complessi che da noi — ogni materia richiede una prova scritta ed una orale, e, se non tutte, in gran parte son suddivise in varie branche con relativi quesiti da estrarre a sorte. — A mo' d'esempio, la *Surgery* o, come la chiamano « *le istituzioni di chirurgia* » comprende l'esame sulla materia spiegata dal professore nelle letture, vastissima e dettagliatissima; l'esame sugli strumenti, sulle fasciature che devono farsi dallo studente *in corpore vivi*; di medicina operativa sul cadavere e, finalmente, di clinica sull'ammalato. — L'esame di clinica operativa, invece, consta d'una prova scritta e di una orale sulla materia spiegata dal professore nelle letture (qui calzano a pennello i fogliolini) e di un'illustrazione clinica di un caso di chirurgia. Quanto ai particolari, la Clinica dell'*Annandale* nulla presenta di speciale. L'arma-

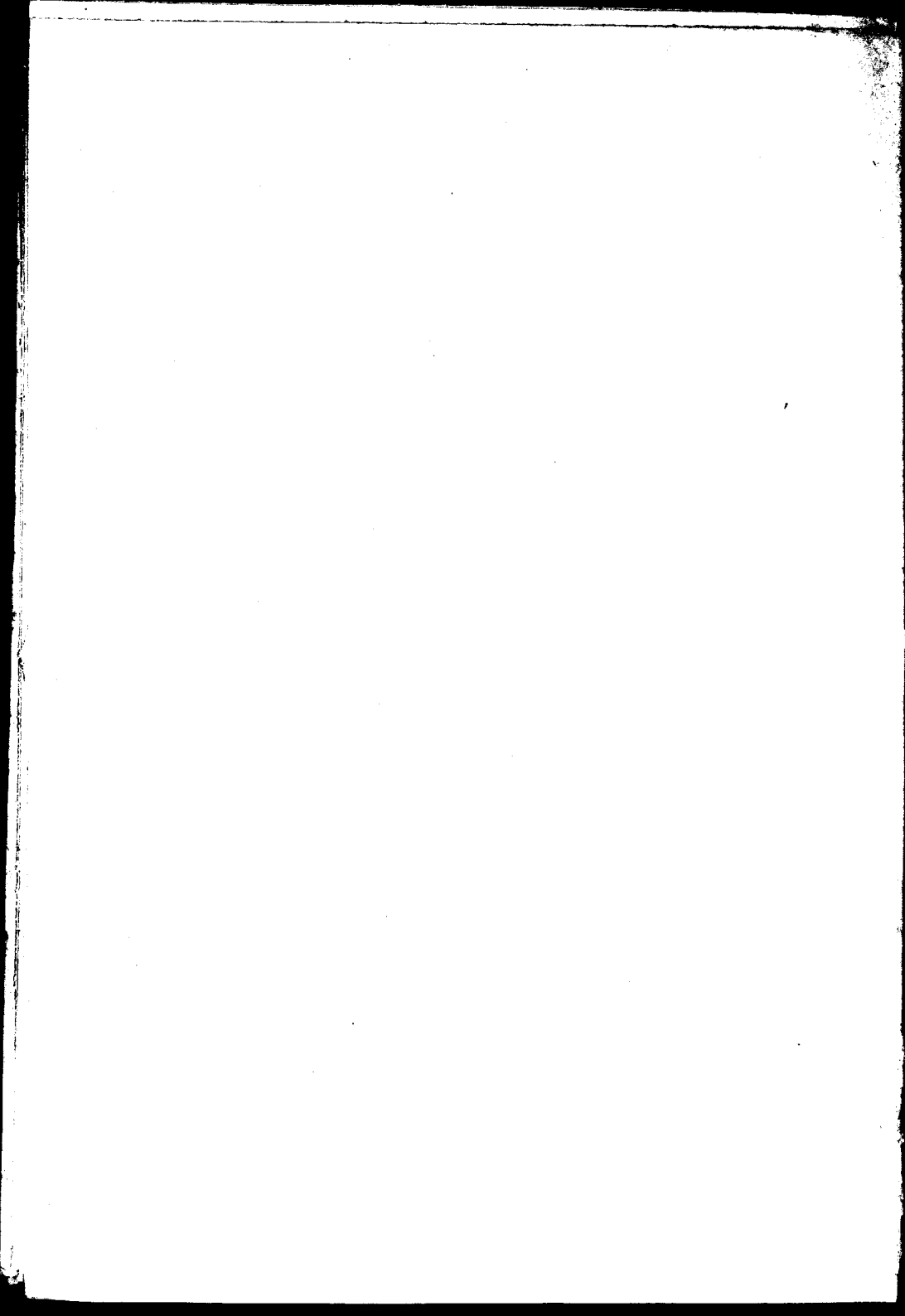
mentario è ricco di strumenti storici e moderni, nè fa meraviglia se è fornito a dovere, essendo favorito da una larga dotazione. Gli onori del regime antisettico, vengono sostenuti dall'acido fenico e dal sublimato corrosivo che si usano a perfetta vicenda: dell'acido fenico se ne fa un grande consumo, in soluzioni assai concentrate, e senza che si lamenti alcuna intossicazione carbonica. Anche qui il governo degli ammalati è riservato all'*House Surgeon* e alla numerosa schiera d'interni, che sono, in merito di grado, chiamati *Clerks* e *Dressers*: non v'è regola fissa pel cambio delle medicazioni, che talvolta si rinnovano solo ogni otto o dieci giorni. I malati poi hanno un trattamento che nulla lascia a desiderare: i mezzi abbondano, nulla viene ricusato al Direttore della Clinica, che è buon padrone di usare le medicazioni più costose e di farne, se occorre, generosissimo uso, come pure di ordinare qualunque apparecchio dei più moderni e complicati e di tenere i pazienti in Clinica, se fosse possibile, anche per anni interi.

La media delle operazioni che si compiono annualmente è di circa 400 — una cifra certamente rispettabile. Tra le specialità della Clinica vi è quella che, riguarda le operazioni sulle ossa: io ho avuto occasione di vedere le più ardite resezioni e un metodo speciale per l'amputazione del ginocchio, metodo che rassomiglia assai a quello del *Gritti* di Milano. — Nelle osteotomie l'*An-*

*Annandale* usa sempre la sezione lineare dell'estremo inferiore del femore sopra i condili, penetrando da piccola ferita longitudinale interna: soltanto, invece dello scalpello, preferisce servirsi di una *piccola sega*. Come nella Clinica del *Chiene*, si ottengono prodigi nelle fratture complicate mediante la chirurgia conservatrice.

Ho esaminato attentamente il libro delle operazioni praticate nel testè spirato anno 1889-1890. Ecco per sommi capi quanto ho potuto ricavare circa il lavoro complessivo della Clinica: moltissime resezioni parziali (osteotomie, necrotomie, svuotamenti) — un numero rispettabile di operazioni sulla vescica per tumori, ingrossamenti prostatici — molte litotrie — una quantità di chelotomie — parecchie colotomie inguinali per tumori rettali — pochissime nefrotomie — qualche estirpazione di cancro rettale col metodo *Kraske* — una o due amputazioni di lingua col metodo *cruento* — pochissime operazioni sul collo — operazioni di plastica ed amputazioni in abbondanza — nessuna sugli organi endotoracici. La mortalità è del 4 al 6 %. Come nella Clinica il lavoro è farraginoso e incessante, così pure è straordinariamente feconda la produzione di opuscoli e libriccini che l'*Annandale* manda frequentemente alle stampe allo scopo di descrivere i metodi di sua invenzione o le modificazioni portate a quelli degli altri operatori. Frattanto, sembra che i temperamenti proposti dall'*Annandale* riescano a ri-

sultati felici. Io ho letto la più gran parte delle sue pubblicazioni, e debbo riconoscere che alcune sono veramente pregevoli per la chiarezza delle idee e per le trovate ingegnose che molte volte risolvono oscuri e difficili problemi di terapia chirurgica. Disgraziatamente, sinora, tranne quello pel ginocchio, i suoi metodi io li ho visti in azione assai raramente, quindi non posso parlarne con cognizione di causa. — Concludendo, quella dell'*Annandale* è un'ottima Clinica, dove si lavora attivamente, con fermezza e serietà di propositi — una Clinica che può fornire allo studioso un ricchissimo materiale, assai scelto, trattato da abili ed espertissime mani.



## LETTERA VENTESIMA

### Un rapido sguardo ai principali Musei d'Edimburgo.

Edimburgo, 25 novembre 189...

I più importanti Musei sono, in primo luogo quello dell'Università, ora situato in un nuovo edificio di splendide proporzioni, e rifatto a nuovo ultimamente sotto l'alta direzione di sir William Turner, professore d'anatomia normale. Viene subito dopo quello del Collegio dei Chirurghi, una vasta e ricchissima collezione di antica fama e ottimamente conservata dal curatore dott. Cathcart. In aggiunta a queste pubbliche raccolte, ho da ricordare le collezioni private che ciascun chirurgo tiene negli edifici scolastici della Royal Infirmary e che, come già dissi per il Chiene, servono a illustrare le letture: alcune sono veramente eccellenti, tali da competere con quelle dell'Università per rarità e pregio dei preparati al pari di quelle annesse alle grandi scuole mediche di Londra.

MOROTTI. *Lettere dall'Inghilterra, ecc.*

che rivaleggiano, se non superano attualmente, quella celebre di Giovanni Hunter.

Il prof. Annandale possiede nel suo piccolo museo ad uso esclusivo delle letture una serie eccezionalmente rara di fratture complicate del gomito. Come è noto, questi accidenti sono assai frequenti, e il medico, costretto ad esaminare gomiti più o meno sformati da vecchie ingiurie, non può determinare che con esattezza relativa il preciso carattere o dello spostamento o della lussazione avvenuta. Ne risulta che due chirurghi chiamati ad esaminare una frattura complicata o epifisaria in seno all'articolazione del gomito, raramente s'accordano nei dettagli e sovente dissentono nel diagnostico. Preoccupato da questa non poca difficoltà di arrivare ad un giudizio sicuro, data molto probabilmente dalla poca o nessuna conoscenza dell'anatomia patologica di tali affezioni chirurgiche, l'Annandale si propose di raccoglierne un certo numero e così compire il vuoto che ognuno può rimarcare anche nei principali musei del Regno Unito, dove soltanto uno o due di tali esempi accade di poter vedere. — L'Annandale, che già descrissi ardito chirurgo, professa una decisa tendenza alla resezione dell'intera articolazione, riservata da molti altri operatori ai casi di un marcatissimo spostamento da incorreggibile deformità: egli crede che la pseudo-artrosi che si ottiene dopo un'escisione è di gran lunga preferibile a quella che sussegue la guarigione di

una frattura complicata e che rende l'arto rigido e inservibile. Quanto poi all'indebolimento di tutto l'arto, conseguenza tanto temuta dai chirurghi in generale, l'Annandale non l'ha mai vista verificarsi, e dichiara di aver ottenuto risultati soddisfacentissimi. I preparati ottenuti dal brillante chirurgo scozzese a secco, con tutti i legamenti in situ e coi rapporti scrupolosamente conservati, permettono un apprezzamento dell'esatta condizione della parte dopo l'accidente. Tutte le maniere possibili di frattura e tutte le specie di spostamenti a cui le estremità delle tre ossa dell'articolazione vanno soggette, compaiono nella collezione: oltremodo interessante un preparato nel quale si può studiare il *distacco epifisario* ed un altro, dove il condilo esterno venne fratturato e portato all'indietro colla testa del radio, dando luogo a una lussazione della medesima. La stessa condizione di cose, gli stessi fatti il prof. Annandale poi me li fece osservare in *corpe e vivo* nelle sue sale e riuscirono per me eccezionalmente istruttivi.

Il museo della Clinica operativa include anche un'altra serie di preparati di deformità congenite delle mani e dei piedi. Sono veri modelli del genere, e mi apparvero di gran valore a provare la tendenza ereditaria per simili deformità. Il professore Annandale conta nei suoi diari nosologici più di venti operati per lo stesso difetto ed appartenenti alla medesima famiglia.

Sorvolo sulla mania che generalmente prende gli

scienziati di questo paese, ma specialmente gli Scozzesi per le raccolte di reliquie storiche. Io sarò forse accusato di poca riverenza alle memorie antiche, ma non ho mai capito di quale interesse possa essere per la scienza il possedere e custodire religiosamente la pentola nella quale *si dice* il celebre Hunter abbia fatto bollire le ossa del gigante *O' Brian* — è un immane ordigno che non invidia al prof. Chiene, mentre ho veduto con curiosità nel museo Hunteriano a Londra lo scheletro del gigante stesso. — Il prof. Chiene mostra ancora con evidente soddisfazione altre reliquie di Hunter, come le sedie del suo salone, il suo taglia carte, ecc., mentre sir William Turner, il più insigne anatomista della Gran Brettagna, usa tuttora per le sue lezioni la tavola dove Monro usava porre i soggetti che servivano alle dimostrazioni. Il museo del prof. Chiene non è molto grande, ma in confronto proporzionato e squisitamente ordinato sotto le intelligenti cure dell'assistente dott. Wallace. In lunghe e comode scanse che coprono le pareti di un ampio corridoio stanno allineati tutti i modelli che, mirabile a dirsi, vengono preparati per la maggior parte dagli assistenti e dagli allievi interni; alcuni attendono ai pezzi nell'alcool, altri a quelli a secco, e il direttore col primo assistente sorveglia i lavori, riservandosi la confezione di quei preparati che per la loro importanza e rarità richiedono speciale cura e mano provetta. Il prof. Chiene, nelle mie

ripetute visite al suo bel museo, mi mostrò tutto quanto v'ha di più notevole: e poichè la sua simpatia è per gli organi genito-urinari, tutte le speciali malattie di questi vi si trovano assai bene rappresentate. Tra le altre curiosità della collezione mi colpì in modo particolare un coccige ed una parte di sacro esportata allo scopo di rimuovere buona parte del retto secondo il metodo Kraske. Il Chiene si trovò sempre soddisfatto di questo metodo di esportazione rettale: una volta sola ebbe emorragia dall'arteria sacrale media, di cui raccomanda la legatura preventiva. Del resto si segua alla lettera le regole del Kraske e non si avranno inconvenienti di sorta. Ma il museo che realmente desta una straordinaria impressione di grandezza e ricchezza è quello dell'Università, di cui già menzionai; è conservatore sir William Turner, e sotto-conservatore il D'Alexis Thomson. Gli studiosi di antropologia, di etnologia e di scienze biologiche vi trovano tanto materiale quanto tutti i musei di Londra messi insieme possono fornire, senza per questo che la sezione anatomica normale e patologica abbiano minor valore. Tra i preparati che sono per così dire divenuti storici è curioso quello di un cane, le cui ossa in preda alla più chiara forma di *periostite vegetante* furono conservate a dimostrare i rovinosi effetti del mercurio, che l'animale usava introdurre nell'organismo col leccare giornalmente i quadri del suo padrone pittore. — L'incrostamento speciale

del periostio però è solo limitato ad esso, mentre le ossa affette, specialmente le diatresi, si mostrano come larghe lamine spugnose in corso di sviluppo sotto il periostio, con nemmeno la minima traccia di carie o necrosi. È una sorta di periostite che nulla ha a che fare colla deformante o col-l'acromegalia, e sembra che sia più comune negli animali inferiori: molti esempi di una tale forma si trovano anche nel museo del R. Collegio dei Chirurghi a Londra e qualcuno pure nel Collegio Dupuytren in Parigi. Il museo dell'Università è ricco eziandio in calcoli urinari dall'India e dalla Scozia, quantunque la collezione sia decisamente inferiore a quelle analoghe del Chiene, del St. Peter's Stone Hospital e di sir Henry Thompson in Londra. Richiamano l'attenzione del visitatore alcuni esempi di grossi enteroliti tratti dall'intestino umano e dagli animali inferiori, inoltre una serie di calcoli uterini ed i resti calcificati di tumori fibrosi vescicali.

Subito dopo il Museo dell'Università viene quello del Reale Collegio dei Chirurghi di Edimburgo. Ne è curatore il dott. Cathcart, una mente vasta e ben equilibrata, un tipo di studioso, di scienziato coscienzioso e di infaticabile investigatore. In Inghilterra, dove l'indirizzo pratico ha la prevalenza, lo confesso candidamente, all'infuori di alcuni pochissimi, non mi sono mai imbattuto in un giovane come il dott. Cathcart, così profondamente iniziato alla scienza della chirurgia e

che abbia saputo ordinare un museo di tanto valore. Leggete il *Billroth*, lo *Ziegler*, l'*Erichsen*, il *Senn*, e poi passate in rivista le varie collezioni del museo del R. Collegio dei Chirurghi, corrispondenti a ciascun capitolo di patologia generale e speciale chirurgica: nulla vi manca, tutto vi è esattamente riprodotto; e quando fa difetto il pezzo reale vi supplisce il modello o in cera o in una sostanza di speciale combinazione del dottor Cathcart stesso, chiamata *cheloglicerina*. — Due volte alla settimana nell'ampio salone di mezzo si tengono conferenze dimostrative che vanno a ribadire il chiodo di quel nuvolo di lezioni e contro-lezioni che si danno nell'Istituto del prof. Chiene. Atteso lo scopo eminentemente didattico del museo, nulla ho notato di straordinariamente sublime come nell'omonimo museo di Londra o nel Dupuytren di Parigi. Tuttavia mi sembrò eccellente un assortimento di preparati intesi a dimostrare l'accoppiamento quasi sempre costante di certe forme d'osteite delle ossa lunghe coll'elefantiasi. Le ossa cui alludo sono generalmente coperte da spesse esostosi e da depositi di nuova formazione: la membrana interossea è frequentemente convertita per una maggior o minor estensione in sostanza eburnea, e in parecchi casi le alterazioni morbose si estendono eziandio alle articolazioni. Alcuni dei preparati sono conservati in tutta la loro integrità e mostrano le condizioni edematose degli arti e la generale ipertrofia dei

tessuti. Essi sono ottenuti da casi di cronica ulcerazione persistente per lunghi anni e seguita da un permanente ingrossamento di tutto l'arto. Secondo l'Hutchinson di Londra, sembra che tali casi nella forma più avanzata si debbano attribuire a reale elefantiasi, mentre le forme di niuna gravità non sarebbero che i primi stadi della stessa affezione. Come nel museo dell'Università le malattie delle ossa sono dimostrate con una ricchezza di esempi sbalorditiva. (Cito ad esempio tutte le bellissime esostosi, sia unilaterali che generali delle ossa della faccia e del cranio allestite dal dott. Alexix, e di cui si trovano classiche, splendide illustrazioni nell'Atlante dell'Heuse). Così pure nel museo che per antonomasia chiamerò Cathcart, intere vetrine sono destinate all'apparecchio locomotore.

La patologia dei tumori è ivi in tutte le sue particolarità affidata a molti pezzi anatomico-patologici in alcool e in chelo-glicerina; una gamba ricoperta da una fitta rete di noduli melanotici sta a provare il fatto della loro moltiplicazione dal sito d'origine lungo gli stadi linfatici prima ancora d'arrivare alle pleiadi ganglionari, come succede per le concomitanze glandolari nell'epitelioma. — Avviene per la melanosì ciò che in proporzione minore si verifica per lo scirro, in cui i noduli si percepiscono sotto la pelle, talora a piccolissima distanza l'uno dall'altro, mentre ciò non fu visto che per caso nelle pure forme di cancro epiteliale e di sarcoma.

Ripeto, il museo del dott. Cathcart è un prezioso luogo di studio e, devo dirlo ad onore del vero, gli studenti lo frequentano assai e con essi non pochi già laureati. — Per mio conto non posso che compiacermi delle lunghe ore passate in quel caro recinto: è appunto là dove mi sono convinto della straordinaria importanza delle cognizioni scientifiche e dove mi sono formato l'idea che un grande chirurgo per essere tale deve essere anche un eccellente patologo.



## LETTERA VENTUNESIMA

---

Una visita al D.r Macewen in Glasgow.

5 dicembre.

È inutile ch'io presenti ai miei benevoli il professor *William Macewen*: lo hanno già fatto prima di me ed assai più efficacemente i suoi scritti divulgati e tradotti in tutte le lingue, le sue peregrine invenzioni, e ancora più l'eco non ancora perduta dei miracoli dell'osteotomia, che hanno stabilito la vera, l'unica base scientifica di quella branca affatto nuova della chirurgia, che è l'*Ortopedia*. — Per cui non è dello scienziato che vi parlerò: esso è troppo bene conosciuto, bensì del chirurgo in sè, come mi è apparso come pochi giorni fa, quando ebbi l'onore di essere inviato a Glasgow per assistere ad una lunga serie di operazioni. — La sua clinica nella *Royal Infirmary* non è molto grande: si compone di quattro sale con circa cinquanta letti, accresciute dalle usuali

camerette per isolamento ed operati gravi. Dal lato spazio, luce e tecnica disposizione, nulla lascia a desiderare: dal lato igienico, quantunque l'intero ospedale sia d'antica data, siamo nelle migliori condizioni. Il piccolo teatro chirurgico, dove il *Macewen* opera quasi tutti i giorni dell'anno scolastico, eccetto la domenica, ha forma rettangolare, e, cioè, lungo e stretto, ma lo spazio è giudiziosamente utilizzato, sicchè nulla manca, e i movimenti dell'operatore e del personale sono liberissimi. Chiunque entri resta impressionato dallo sfoggio dei mezzi d'illuminazione: non solo le pareti sono per gran parte occupate da larghi finestroni, che mettono a giorno il campo dell'operazione, ma come al di fuori il nebbione è all'ordine del giorno, un gran lampadario scende dal soffitto e numerosi becchi di gaz, con potenti riflettori mobili ambulatamente, si trovano in tutti gli angoli della camera. Il pavimento, come nelle cliniche chirurgiche di Edimburgo, è in mattonelle con scaricatore: le pareti, sino all'altezza di un uomo e mezzo, sono in mattonelle di porcellana, e al disopra ricoperte da intonaco di stucco lucido. — L'uditorio è situato non ad emiciclo, ma in una serie di banchi a scalinata e scendenti sulla fronte del campo d'operazione: il lettino, il solito modello, ma con ingegnose modificazioni introdotte dallo stesso *Macewen*, nel mezzo ai lati quattro enormi lastre di cristallo infisse nelle pareti, sulle quali

riposano il materiale di medicazione, i catini per le soluzioni, le bacinelle per gli strumenti, recipienti di vetro di tutte le forme, ecc., ecc.: in una parola, per non ripetermi troppo, tutto quanto necessita per un atto operativo. — La preparazione della camera è un vero modello di ordine e di esattezza, la pulizia più meticolosa regna sovrana, la disciplina è rigida, direi quasi *militare*.

Il personale risulta del direttore, di un assistente, di un *House Surgeon* e di quattro *Nurses*, insuperabili per attività ed abilità, addestrate a fungere da assistenti, ed infine di sei allievi interni, future dottoresse, giacchè a quanto pare le signorine hanno un debole per il corso di letture e di operazioni tenuto dal dott. *Macewen*. Per portare il comparto all'altissimo livello di perfezione nel quale attualmente si trova, il direttore, tempra di ferro e uomo d'azione, ha dovuto lottare ed a lungo col Consiglio d'amministrazione, non così di manica larga come quello dell'omonima *Infirmary* di Edimburgo; ciò non di meno, nulla ha arrestato il dott. *Macewen* dal tentare quello che egli chiama dovere di un chirurgo coscienzioso; cosicchè l'ambiente attuale risponde a tutti i requisiti di una clinica di primo ordine, la migliore ch'io abbia visto nella Scozia. Non potei a meno di rimanerne ammirato, e quando ho visto operare il *Macewen* mi sono detto che simile chirurgo non doveva essere a capo che di un tale Istituto. — E di già che ho accennato ad un giu-

dizio, del resto inevitabile, desidero completarlo ed esporre imparzialmente le mie impressioni. Desidero però che il lettore non sospetti essere le mie parole solamente il naturale portato dell'entusiasmo giovanile o della smania, pur troppo comune agli Italiani, di incensare gli stranieri, mentre tanto c'è da lodare in patria: no, lo si creda, quanto verrò dicendo non è frutto di fantasia, ma bensì dell'aver apprezzato nel loro giusto valore le eccezionali e veramente meravigliose qualità del chirurgo di Glasgow. La giornata campale di giovedì scorso nella *Royal Infirmary* e nel *Sick Children Hospital* mi ha ricordato le fiere e lunghe battaglie, alle quali, nella clinica di Pavia, quand'ero studente, ho spesso assistito col cuore sospeso, mentre vedevo un caso dopo l'altro succedersi sotto le abili e sicure mani del prode direttore! Giovedì ho provato le stesse emozioni, gli stessi momenti di fervido entusiasmo, e quando, a sera inoltrata, lasciai il *Macewen*, la commozione mi saliva alla gola, mi troncava le parole sul labbro e mi permetteva solo di stringergli calorosamente la mano in segno di infinita riconoscenza. Il clinico di Glasgow offre molti punti di contatto con quello di Pavia, specialmente per la eleganza e la finitezza ch'egli pone nel compiere le sue operazioni. La sua azione innamora per la armonica distribuzione delle parti — e il perfetto equilibrio delle mansioni affidate ai vari assistenti e coordinate con quelle dell'operatore, interessano e fortemente impressionano l'intelligente spettatore.

Non parlo del metodo inappuntabile, dell'ordine della precisione; il *Macewen* quando incomincia sa dove andrà a finire e non si mette all'opera se prima non ha ben pensato e maturato il programma, la linea di condotta che dovrà seguire. Così è che il contegno del chirurgo riesce garbato e corretto — l'indirizzo della clinica prende una fisionomia propria — e l'insegnamento può dare vero profitto. Tutte queste generiche caratteristiche, che formano del *Macewen* un vero chirurgo sono poi, parlando sempre spassionatamente, accoppiate ad una gran modestia, al giorno d'oggi assai rara, e ad un gran valore scientifico, che si estrinseca nella perfetta conoscenza dell'anatomia e della patologia chirurgica. In una parola, egli è un brillante e valente operatore.

Riguardo ai varî momenti dell'operazione, ho notato come il *Macewen* sia scrupolosissimo nella prima incisione e nella satura della pelle, ben sapendo che da ciò dipende gran parte del successo dell'operazione. — Anche l'emostasi forma oggetto della maggiore diligenza. — La clinica dispone di una ricchissima collezione di strumenti, gran parte in un sol pezzo e quindi facilmente disinfettabili — rari i manici di legno — completamente scartato l'avorio. — Per l'emostasi il *Macewen* si serve, a seconda dei casi, degli aghi del *Deschamp*, o dei *forcepspressure*, o dei *Klemmer*, che funzionano splendidamente, ed infine delle pinze da legatura. modello *Spencer Wells*. — I *catguts*

sono una specialità della clinica o dirò meglio del direttore stesso, che li fa preparare dalle sue fedeli *nurses* secondo il metodo descritto in un articolo — *Chromic Gut and Chiken bone Drainage tubes* — comparso nel numero di agosto del *Glasgow medical Journal* del 1881. Mai ne vidi più morbidi, più flessibili e maneggevoli — ma, ciò che più importa, essi sono quasi impossibili a spezzarsi, a meno di impiegare un gran sforzo, e completamente facili ad essere assorbiti dai tessuti della ferita. Chiunque abbia solo per poco disimpegnato la carica di assistente ad una cattedra di chirurgia o in clinica privata, sa per prova qual rompicapo sia l'allestimento dei *cat-guts* e come sia semplicemente delizioso il dovere ricorrere a molte qualità indigene e straniere senza mai poterne trovare una su cui contare sicuramente.

Credo rendere un servizio d'amico ai colleghi italiani assistenti di clinica operativa, invitandoli a prepararseli da sè come fa il *Macewen*, coll'attenersi scrupolosamente al suo metodo che io ora riassumo per sommi capi, ma che sarà bene leggere nella memoria già ricordata. Assicuratosi che il materiale primo sia di ottima qualità, egli lo pone al bagno per poche ore in soluzione di una parte d'acido cromico e cinque di pura acqua, indi lo passa per 48 ore in un altro liquido, che risulta di una parte della prima soluzione e cinque di glicerina purissima, e toltolo di là lo lava ac-

curatamente con acqua sterilizzata, per finalmente asciugarlo strofinandolo con lini nuovi. Il catgut così ottenuto viene conservato in una parte di glicerina e quattro di soluzione carbolica. — Le *nurses* attendono pure alla decalcificazione delle ossa di pollo (vedi memoria più sopra), che, come i catguts, vengono assorbite e permettono le medicazioni a lunghi intervalli dall'operazione: anzi talvolta dopo un certo determinato lasso di tempo si leva la medicazione e si trova la ferita completamente guarita per prima intenzione, senza che quasi per magico incanto, vi si possa scorgere residuo alcuno del drenaggio e dei punti di sutura, fatta costantemente con catgut, eccezionalmente solo colla seta o coi crini di cavallo. — Questa, come pure altre pratiche in uso nella clinica, caratterizzano il talento speciale del *Maccemen*, vero *leader*, che ben lungi dal seguire il cammino già da altri tracciato, ne segna uno nuovo e dà un'impronta originale e di gran progresso a tutto quanto da lui procede. — La medicazione è composta nella massima parte di falde di *cotone di legno* sterilizzato, così stipato da sostituire mirabilmente le stecche in certe operazioni delle ossa, come ad esempio, nello svuotamento del carpo, nelle sinoviti tibio-tarsiche, nei casi, in una parola, di affezioni delle ossa o delle articolazioni assai limitate. Oltre al cotone di legno, si compone di cotone all'acido salicilico, garza sterilizzata, ecc., ecc., e di tutta la suppl-

lettile per una buona antisepsi: senonchè la vera antisepsi, anche nella *Royal Infirmary* di Glasgow, riposa nelle condizioni squisitamente asettiche dell'ambiente, nella tradizionale pulizia e nell'intelligente e prezioso servizio prestato dalle *nurses*, le quali tengono il comparto con tale proprietà, da far pensare che esse servano ad un *culto religioso*.

## LETTERA VENTIDUESIMA

---

**La clinica del prof. Macewen — Suoi scritti —  
Congedo dai lettori.**

Glasgow, 15 dicembre.

Nella clinica di William Macewen gli onori del regime antisettico sono sostenuti a perfetta vicenda dall'acido fenico, dal salicilico e dall'iodoformio che ho visto usare a larghissime dosi, senza mai provocare la minima intossicazione, forse perchè la polvere antisettica risulta di iodoformio e naftalina nella proporzione di una a due parti. Tutte le strade conducono a Roma, e non è detto che tutto il nuovo sia il preferibile; il Macewen trova che l'iodoformio gli dà splendidi risultati e non pensa ad abbandonarlo se non quando ne fosse dimostrata l'inefficacia o l'assoluta inferiorità ad altro composto. Ho detto ciò, perchè probabilmente farà specie il sentire che ai nostri giorni il Macewen, chirurgo assai innanzi nel cam-

mino della scienza e di vedute ampiissime, continui a valersi e non poco di un antisettico scartato in molte cliniche; anche a me, di primo acchito, ha fatto impressione, ma ho poi dovuto ricredermi alla vista dei numerosi casi degenti nelle sale, tutti in via di guarigione per prima intenzione. Del resto, come tutti gli uomini di talento superiore, il Macewen non si ostina in una determinata idea, macchinalmente continuando in essa dietro l'andazzo di un partigiano esclusivismo, ma, avendo foggiato la clinica a modo suo ed affatto nuovo, è pure propenso ad accettare gli emendamenti da altri Istituti felicemente praticati e ad essi si adatta volonterosamente, con lodevole e giusto ecclletismo. — Nessuno potrà perciò dire che il Macewen tenda più all'asetticismo che all'antisetticismo; no, egli è asettico ed antisettico ad un tempo, non facendo questioni di teorie, di prevenire piuttosto che di reprimere, e dalla mirabile armonia delle due scuole risulta l'eccellente metodo su cui s'impenna tutto l'indirizzo della Clinica.

Il Macewen eseguisce, come deve fare ogni gran chirurgo, egualmente bene tutte le operazioni, sia dell'alta che della minore chirurgia, ed annette la stessa importanza ad un'ovariotomia come all'estirpazione di una semplice cisti o all'applicazione di un apparecchio da frattura. Disgraziatamente non è di tutti l'essere gran chirurghi, anzi, questi si contano sulle dita, ed è provvidenziale che

la specialità, a cui si dedicano e con successo gran parte dei nostri giovani, li salvi dalla mediocrità e frutti loro minor fatica e forse maggiori soddisfazioni e compensi. — Il Macewen, come l'*Horsley*, il *Treves*, l'*Harrison Cripps* ed altri bravissimi che ho ammirato in Londra, mentre si fanno grande onore come chirurghi enciclopedici, hanno però una marcata tendenza a coltivare branche speciali della chirurgia; pel Macewen l'argomento preferito è dato dalle affezioni delle ossa e dal sistema nervoso centrale. Al riguardo di quest'ultimo, parlando dell'*Horsley* e delle sue gesta nel *National Hospital for Paralysed and Epileptic* in Londra, ho nominato più volte il Macewen come colui cui spetti la priorità di tali operazioni. Le date delle prime due esportazioni di tumore cerebrale, l'una nel giugno, l'altra nel dicembre 1883, stanno appunto a dimostrare la realtà del fatto, e come a lui si debba questo importantissimo progresso nella chirurgia delle cavità splan-giche. Sotto la benefica influenza delle misure antisettiche oramai tutte le cavità del corpo sono state invase e la più parte dei visceri attaccati dal coltello del chirurgo; ma la chirurgia del sistema nervoso centrale è una particolarità dell'Inghilterra e della Scozia, dove abili operatori quanto profondi scienziati la coltivano con amore, la fanno progredire e la fanno giudicare dal mondo intero come uno dei più splendidi trionfi della scienza moderna. — Saputo dell'interesse ch'io prestavo

a tali operazioni per averne già veduto un buon numero in Londra dall'Horsley, il Macewen gentilmente mi mostrò ad uno ad uno molti casi di resezioni dello speco vertebrale, di ablazioni di tumore cerebrale, di gomme sifilitiche, di atetosi, di focolai emorragici incistati, ecc., ecc.; insomma una serie cospicua di meravigliosi risultati ottenuti relativamente in poco tempo e senza incontrare nella cura successiva gravi difficoltà. E si noti bene che non esagero punto: una tale chirurgia qui come a Londra è un fatto assodato per opera di due brillantissimi e sapientissimi operatori, e sono certo che come già l'America ha fatto nelle mani del prof. Keen di Filadelfia, così pure in Italia si vorrà ben presto iniziare un lavoro fecondo di bene alla scienza ed all'umanità. Anche il Macewen conviene coll'*Horsley* e col *Keen* nell'ammettere grande difficoltà nella diagnosi e nel poter riuscire ad operare gli ammalati nei primordi del male: a questo riguardo perciò egli insiste a che i chirurghi sieno in piena cognizione della fisiopatologia cerebrale. Mi guarderò bene dal descrivere il metodo e la tecnica, nonchè l'andamento successivo delle varie operazioni; ho già avuto occasione di trattare diffusamente l'argomento nelle mie lettere da Londra, e cadrei in ripetizioni uggiose. La eccessiva modestia del Macewen non ha lasciato conoscere sinora che ben poco delle sue peregrine abilità: ai miei colleghi e specialmente ai giovani che desideras-

sero dirigere i loro studi a questa importante e nuova branca della chirurgia, mi sia permesso di raccomandare con tutto il cuore una gita a Londra e a Glasgow, perchè qui potranno sicuramente imparare tutte le infinite e minute particolarità di quanto si richiede per trattare convenientemente ed impunemente organi tanto delicati, come il cervello ed il midollo spinale. Ci sarebbero da scrivere volumi sul contributo portato alla nostra arte da questi valorosi campioni, che si sono meritati le simpatie di tutti ed hanno saputo conservare un concetto ben chiaro dello scopo vero della chirurgia; io sono felice di poter dichiarare che qui ci troviamo di fronte a fatti importantissimi, ad un solco tracciato con marchio rovente nel cammino della scienza, ad una vera e reale conquista dei nostri tempi. Se io lo devo desumere dalla quantità di lettere ricevute da me in questi ultimi due mesi, richiedentemi informazioni e schiarimenti, anche in Italia si comincia a veder chiaro e a prender parte al movimento generale in favore di questa ardita concezione chirurgica: l'opera di *Victor Horsley*, tanto impazientemente attesa, e che verrà alla luce quanto prima, farà il resto, ed il futuro Congresso di Roma sanzionerà col plauso dei rappresentanti di tutte le nazioni ciò che costituisce la gloria imperitura della moderna chirurgia inglese.

Esaurito il lavoro nella *Royal Infirmary*, il *Maccwen* mi condusse al *Sick Children Hospital*.

ossia Ospedale pei bambini, un vero gioiello di eleganza, di ordine e di proprietà. Il teatro chirurgico supera, se è possibile, quello della Royal Infirmary per una più conveniente disposizione degli strumenti e del mobiglio; l'armamentario, lo dico senza tema di smentita, è uno dei più ricchi ch'io abbia incontrato nelle mie peregrinazioni, forse superato solo da quelli del Treves al London Hospital e del Bradhurst al Royal Orthopedic Hospital in Londra. Gli apparati per osteotomia e per l'ernia sono posti in caselle speciali, come quelli che vengono maggiormente adoperati dal Macewen. — La memoria sulla cura radicale dell'ernia, W. Macewen: « On the radical cure of oblique inguinal ernia by internal abdominal pad, and the restoration of the valved form of the inguinal canal, » *Annales of Surgery*-August, 1886, tradotta in francese, italiano e tedesco, offre tutti quanti i particolari del nuovo metodo del chirurgo di Glasgow, improntato, ciò ch'è assai raro oggidì, a concetti veramente nuovi ed originali, e mi dispensa dal parlarne e dal descriverlo come l'ho visto eseguire su due casi di ernia obliqua inguinale, su uno di ernia inguinale congenita, e su un ultimo, di ernia crurale. La terapia chirurgica, così ricca di efficaci risorse contro l'ernia libera, si è avvantaggiata in questi ultimi tempi di un cospicuo numero di differenti cure radicali, che coi successivi perfezionamenti della tecnica operativa hanno dato brillanti e soddisfacentissimi

risultati anche riguardo all'esito permanente delle medesime. Cosicchè le cifre riportate dal Macewen non destano veramente gran sorpresa. Quanto al merito intrinseco della cura, non mi sento all'altezza di dare un giudizio. Nella sua memoria il Macewen fa risultare detto metodo come il migliore, il più semplice e il più efficace tra i sin qui escogitati: a me parve molto ingegnoso e brillante. Il prof. Pietro Ferrari, chirurgo primario dell'ospedale di Bergamo, che ebbe occasione di vederlo più volte in atto pochi anni or sono dallo stesso Autore, lo trovò degno di lode per la speciale novità, ma ne discusse l'importanza, e riferendone le impressioni al suo ritorno in Italia, non credette opportuno di raccomandarlo come il migliore dei metodi possibili nella cura radicale delle ernie. --- Ecco quanto egli diceva: « Do-  
« vendo confrontarlo con qualcuno dei più acce-  
« ditati, noi non avremmo difficoltà a dichiararlo  
« superiore a quello del Wood e tutti gli altri  
« dello stesso genere, ma francamente non po-  
« tremmo ammettere che esso possa vantare al-  
« cun vantaggio in confronto del metodo dello  
« Czerny che è probabilmente più perfetto di  
« quanti finora conoscono. È a credere però che  
« la speciale sutura del canale inguinale del Ma-  
« cewen, applicata al metodo di Czerny per l'ac-  
« clusione del canale, possa conferire a questo me-  
« todo un notevole miglioramento, ed io faccio  
« voti che vengano fatti esperimenti in questo

« senso, specialmente da coloro che hanno il privilegio di sfruttare il materiale dei grandi nococomi. » — Tutti si saranno accorti come oramai ogni chirurgo inventi un metodo speciale per la cura radicale dell'ernia; in Milano venne eretto un *Istituto*, dove si pratica la modificazione raccomandata dal prof. Bassini di Padova. Dal momento che tutti sono soddisfatti delle loro proposte, e queste sono confortate da ottimi successi, torna affatto inutile lo scervellarsi per inculcare la bontà di un metodo piuttosto che dell'altro, ed ognuno se la sbrighi da sè come gli pare e piace. — Il prof. Annandale ieri nella solita lezione clinica ha operato cinque ernie, e tutte con metodo diverso, cominciando da quello del Macewen e terminando al suo, che del resto è pure lodevolissimo! E chi più ne ha, più ne metta.

Dopo l'ernia dovrei parlarvi dell'osteotomia, che il *Macewen* eseguisce colla maestria e disciplina propria di chi ha escogitato e messo in atto una splendida idea, tale che da sè basterebbe, senza gli altri trionfi, a formare tutta la fama e la gloria di un chirurgo. Ma cosa posso dire e riferire se non le solite frasi di dolce sorpresa, di meraviglia e di ammirazione! Oramai ne ho esaurito il dizionario, giacchè si ha un bel proporsi di rimaner calmi, di contenersi e di lasciar parlare soltanto la fredda ragione, ma quando ci tocca la fortuna di conoscere da vicino esseri così prediletti da madre natura, il sentimento vuole la

sua parte e si dimentica per un momento di essere sanitari ed austeri seguaci della scienza, per ridiventare uomini, e come tali sinceramente apprezzare le felicissime trovate di uno straordinario talento. — E per finalmente concludere col Macewen, sono dolente che sieno mancate le occasioni, come egli avrebbe desiderato di mostrarmi in atto alcuni suoi tubi da introdursi nella trachea in casi speciali, invece di praticare la tracheotomia o la laringotomia, come pure il *nuovo metodo di cura* da lui raccomandato per gli aneurismi, mediante la formazione del trombo bianco nell'interno del sacco. La descrizione di questo si trova nel *Lancet*, 22 novembre 1890; e invito tutti coloro che si interessano alle gesta dell'ardito e ingegnoso chirurgo di Glasgow, a leggerla attentamente ed a servirsi del nuovo procedimento in vista degli ottimi risultati avuti dall'Autore. Tutto quanto proviene dalla clinica del Macewen merita di essere visto, letto e studiato: e sono certo che con me converranno i nostri più insigni clinici, che hanno visitato il Macewen e che, tornati in patria, ne hanno serbato l'impressione come di uno dei più corretti e valenti chirurghi dell'epoca nostra.

Ed ora, amabili lettori, ho finito, sebbene ancora molto rimarrebbe a dire sulle condizioni della moderna chirurgia inglese. — A me basta però di averne afferrato le caratteristiche più salienti, i fatti maggiormente degni di nota e di averli por-

tati alla conoscenza dei Colleghi italiani, i quali è d'uopo che si convincano dell'immenso progresso che ogni giorno va facendo l'Inghilterra in fatto di scienza, dovuto certamente al fatto che qui esiste una serietà grande di studio, una sincerità di lavoro a cui risponde una grande sincerità d'animo e una gran potenza di mente.

Noi Italiani, mi pare, ci abbandoniamo troppo, troppo ci confidiamo in quello che noi crediamo il nostro natural genio e nella facilità che ne viene, ed è ben raramente che acquistiamo quella elevazione d'idee e di sentimenti oramai radicata nella professione inglese. E finisco come ho cominciato, augurando ai miei colleghi che non si accontentino della mia povera ed inadeguata descrizione, ma vengano a vedere e ad ammirare, come io ho fatto, quest'importantissimo centro di studio e di lavoro.



# INDICE

---

LETTERA PRIMA. — Introduzione — Londra, grande centro di studii — Ospedali generali e « Medical School » — L'Università inglese. . . . .	Pag. 1
LETTERA SECONDA. — Ordinamento degli studii in Inghilterra — La serietà dei medici inglesi — Ospedali speciali: loro importanza . . . . .	" 7
LETTERA TERZA. — Doti principali della chirurgia inglese — Lo stato attuale della questione anti-settica in Inghilterra — Sir Joseph Lister e la Scuola avversaria . . . . .	" 13
LETTERA QUARTA. — Le grandi operazioni e la chirurgia del sistema nervoso centrale — Ricordi storici — Il professore V. Horsley . . . . .	" 23
LETTERA QUINTA. — Il « National Hospital for the Paralysed and Epilectic » — Tecnica operativa delle operazioni sul cervello — Importanza di una buona diagnosi e di una perfetta conoscenza della fisiologia dei centri nervosi. . . . .	" 33
LETTERA SESTA. — Concetti che animano la Chirurgia Cerebrale — Indicazioni diverse di un intervento Chirurgico — Tumori, ascessi, epilessia, emorragia endocraniale . . . . .	" 43

LETTERA SETTIMA. — La futura opera dell'Horsley — Movimento in favore delle operazioni sui centri nervosi tra gli Inglesi e gli Americani . . .	Pag. 53
LETTERA OTTAVA. — Appunti di recente chirurgia endo-craniale — Osservazioni di chirurgia spinale.	" 61
LETTERA NONA. — La chirurgia degli organi genito-urinari. . . . .	" 73
LETTERA DECIMA. — Il Saint-Peter's Stone Hospital.	" 83
LETTERA UNDICESIMA. — Litotrizia e Litotomia — Litotaplassi sui bambini . . . . .	" 91
LETTERA DODICESIMA. — « Il Cistoscopio. » . . . . .	" 103
LETTERA TREDICESIMA. — Pregi dell'attuale Cistoscopio — Suo uso — Fantoccio del Leiter per le prime manualità — Opinione di sir Henry Thompson sul valore del Cistoscopio — La ricerca dell'« ultimo frammento » nella litotrizia assai semplificata — Controindicazioni all'uso del Cistoscopio — Atti o momenti della « Cistoscopia » — Accurata osservazione del « Trigono vescicale » — Conclusioni. . . . .	" 113
LETTERA QUATTORDICESIMA. — The Electric Illumination of the Bladder and Uretra — By. E. Hurry Fenwick, F. R. C. B. — Second Edition (I. and A. Churchill, 1889) . . . . .	" 125
LETTERA QUINDICESIMA. — Arrivo ad Edimburgo — Organizzazione degli studii in Inscozia — Università e Scuola di medicina . . . . .	" 131
LETTERA SEDICESIMA. — La « Royal Infirmary » . . . . .	" 137
LETTERA DICIASSETTESIMA. — Le Cliniche chirurgiche della Royal Infirmary — La Clinica del prof. Chiene — Spezzatura dei varii insegnamenti a scopo didattico — I Gabinetti di Patologia chirurgica e di Batteriologia — I locali e l'Anfiteatro chirurgico — Il personale della Clinica . . . . .	" 145
LETTERA DICIOTTESIMA. — Salienti caratteristiche della Scuola del prof. Chiene — Severo regime antiset.	

tico — Come e saggiamente compresa la questione antisettica nelle Scuole chirurgiche della Royal Infirmary — Chirurgia conservatrice bene intesa ed opportunamente applicata — Statistica delle operazioni e risultati — Il dott. Caird e la sua memoria sul « Trattamento degli accessi freddi » .	Pag. 157
LETTERA DICIANNOVESIMA. — La « Clinica operativa. » »	169
LETTERA VENTESIMA. — Un rapido sguardo ai principali Musei d'Edimburgo . . . . . »	177
LETTERA VENTUNESIMA. — Una visita al D.r Maccewen in Glasgow. . . . . »	187
LETTERA VENTIDUESIMA. — La clinica del prof. Maccewen — Suoi scritti — Congedo dai lettori . . . »	195



