



AMBULATORIO MEDICO DELLA FRATERNITA DEI LAICI DI AREZZO

*Imaggio R. P. A.*

# Sulle sorti riserbate negli erniosi ai corpi estranei deglutiti

## CONTRIBUTO CASUISTICO

per il Dott. UGO VIVIANI



*Estratto dal Giornale Medico Il Cesalpino*

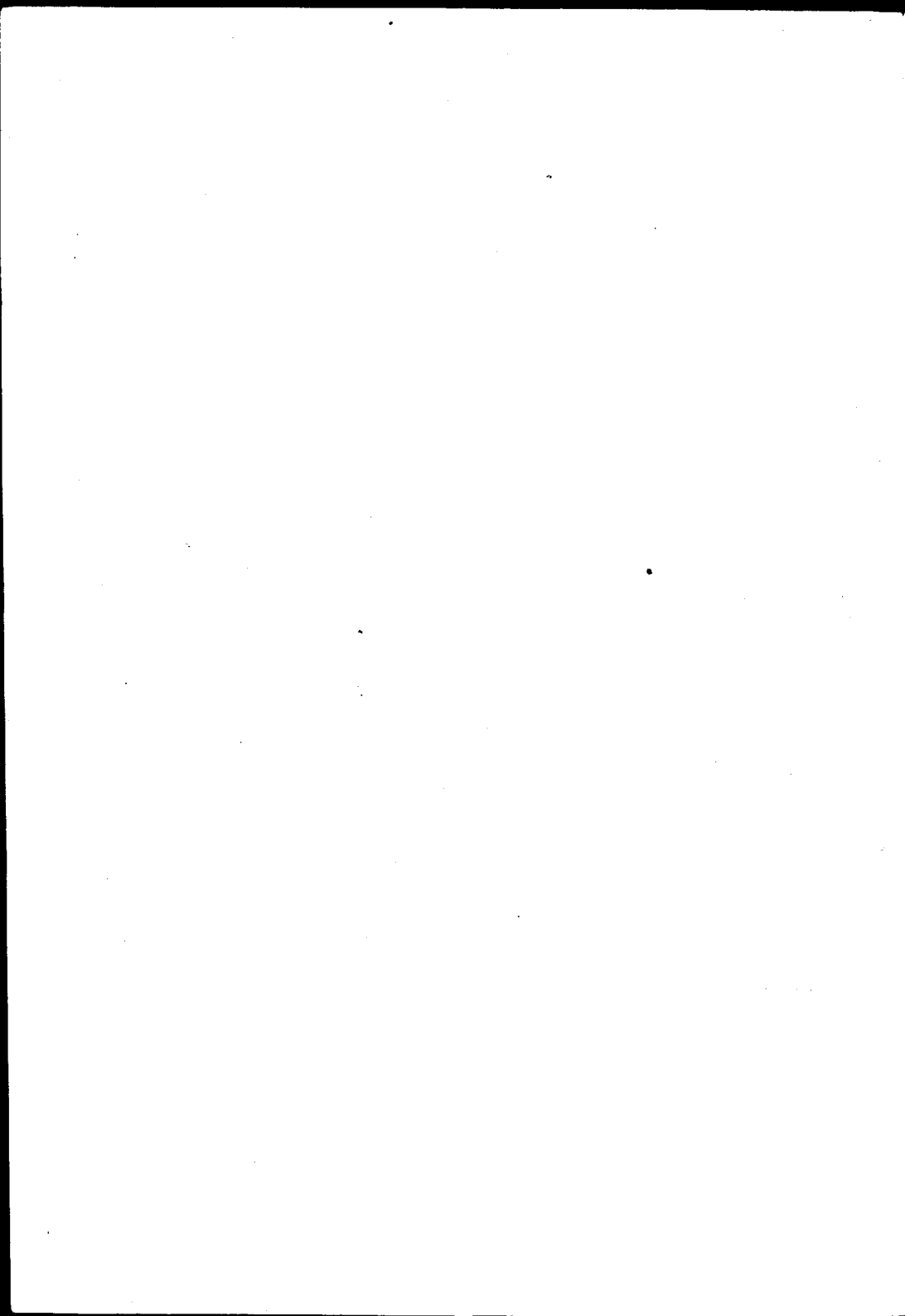
*Arezzo - Giugno 1905 - N. 6*



AREZZO

Stab. Tipo-Lito Ettore Sinatti

1905



AMBULATORIO MEDICO DELLA FRATERNITA DEI LAICI DI AREZZO

## *Sulle sorti riserbate negli erniosi ai corpi estranei deglutiti*

### CONTRIBUTO CASUISTICO

per il Dott. UGO VIVIANI



Che lo stomaco possa per lungo tempo e senza gravi molestie ritenere dei corpi estranei deglutiti è ormai notissimo e la letteratura è ricchissima dei casi i più svariati. Ed è altresì ovvio che, come i corpi estranei possono esser dallo stomaco trattieneuti perchè il loro gran volume mal si adatta al passaggio del piloro, così possono, pur essendo il loro volume piccolo, permanere nella cavità stomacale quando il piloro per un processo patologico si sia grandemente ristretto. Io stesso, (1) che, or non è molto, ebbi luogo di osservare nello stomaco di un alienato un voluminoso e compatto ammasso di fili di scopa tra loro così intrecciati da formare come un unico corpo estraneo, successivamente potei constatare all'autopsia di un altro alienato che lo stomaco, alterato da cancro in modo che l'apertura pilorica non lasciava passare una penna d'oca, aveva potuto trattieneere per almeno un anno, senza che mai si fosse determinata alcuna ulcerazione della muccosa gastrica, due grossissimi e puntuti noccioli di pesca.

Non è però la sola apertura pilorica che possa presentare un ostacolo al passaggio dei corpi estranei deglutiti, lungo il tubo digerente.

Facendo astrazione dal caso in cui perfori lo stomaco e passi direttamente nella cavità peritoneale, un corpo estraneo deglutito può, quando il suo volume lo permetta, passare dallo stomaco nell'intestino. Non sempre però, anche quando l'intestino trovisi in condizioni normali, potrà liberamente percorrerlo. Perchè il viaggio lungo il tubo intestinale possa avvenire senza arresti, occorrono vari coefficienti dovuti ed alla natura del corpo estraneo ed alla conformazione dell'intestino.

La qualità della superficie, la forma, la consistenza del corpo estraneo è certo che debbono esser tenute in gran conto: un corpo estraneo voluminoso ma di consistenza elastica, potrà progredire per le contrazioni delle pareti dell'intestino che ne modificheranno la forma: un corpo estraneo lungo e sottile invece si arresterà non appena il suo grande asse, per una brusca contrazione, invece che perpendicolare al lume dell'intestino, si faccia obliquo: dei corpi estranei lisci e rotondeggianti scorreranno facilmente lungo l'intestino, come i bottoni di Murphy, anche se voluminosi; dei frammenti invece di vetri, di oggetti metallici che sieno o scabri o puntuti, anche se poco voluminosi, più facilmente potranno arrestarsi.

E per quanto riguarda la speciale conformazione dell'intestino si deve tener conto che là dove, come nel retto, nel cieco nell'appendice vermiforme, il tubo intestinale, fortemente fissato, non può ripiegarsi su sè stesso, o dove le valvole danno occasione al corpo estraneo di fissarsi o di incunearsi, è più facile che il corpo estraneo permanga stazionario o produca una perforazione il più spesso mortale.

Le probabilità di arresto del corpo estraneo durante il suo viaggio lungo il tubo intestinale sono naturalmente aumentate qualora esista un qualche processo patologico nell'intestino stesso: è certo che i processi patologici del tratto intestinale non possono che sfavorevolmente influire sul destino dei corpi estranei deglutiti.

Infatti, come per i disturbi di secrezione o di motilità i corpi estranei si possono fermare in certe regioni dell'intestino, come il cieco o l'S iliaca, così per un tumore di qualsiasi organo addominale, per gangli iperplastici che appiattiscano e comprimano un'ansa intestinale, per una stenosi, per una briglia che pieghi ad angolo una ansa, i corpi estranei possono interrompere la loro progressione e restare immobilizzati. Quel che è certo però si è che la più facile delle cause patologiche che occasionano l'arresto dei corpi estranei deglutiti si è l'esistenza di un'ernia.

In molti dei più moderni trattati di Chirurgia a me non è riuscito di trovare diffusamente trattato questo punto di patologia riguardante la seria complicazione rappresentata dall'esistenza di una ernia in un individuo che abbia ingerito un corpo estraneo qualsiasi. È appunto perciò ch'io ho creduto opportuno pubblicare due casi capitati alla mia osservazione: l'uno di essi prova come, nonostante la esistenza d'una doppia ernia inguinale, un corpo estraneo di piccolo volume, ma puntuto e di forma irregolare, possa, senza provocare gravi disturbi, in un tempo più o meno lungo percorrere il tubo intestinale: l'altro prova invece come l'esistenza di un'ernia semplice inguinale abbia potuto impedire l'emissione di un chiodo per disavvedutezza ingerito.

#### OSSERVAZIONE I.

T. G., possidente di Arezzo, di anni 73, da moltissimi anni affetto da ernia inguinale bilaterale, era stato da me curato per polmonite ed era da pochi giorni ritornato alle proprie occupazioni. Il 20-3 1904 ad ore 13 si presenta a me accompagnato da sua moglie che mi racconta aver esso inghiottito un osso del petto di un pollo ed esser subito stato colto da conati dolorosi di vomito e da dispnea. Il T. G. accusava un forte dolore pungente in corrispondenza della retrobocca e si raccomandava gli togliessi il corpo estraneo deglutito dalla tonsilla sinistra. Non essendomi stato possibile coll'esplorazione digitale e coll'ispezione strumentale della retrobocca di constatare l'esistenza nella retrobocca stessa del corpo estraneo, introdussi la sonda esofagea. Percepì una certa piccola resistenza quando la sonda trovavasi a metà dell'esofago, ma potei completamente introdurla. Tolta la sonda, il malato dichiarò di sentirsi molto sollevato, poté deglutire — ciò che prima non aveva potuto fare — i liquidi e sembrava liberato da ogni molestia. Per qualche giorno accusò un lieve senso di bruciore nel deglutire, localizzandolo alla parte media dell'esofago: dopo si ristabilì perfettamente.

Scorsi 6 mesi da tal fatto fui chiamato a visitare il T. G. affetto da eczema. Esso più che del prurito alle regioni eczematose si lamentava per aver avuto forti dolori in corrispondenza delle ernie e per non aver defecato da 4 giorni. Le ernie erano riducibili facilmente, lo stato generale del paziente era ottimo. Prescrissi inutilmente dei purganti: anche gli enteroclistmi fatti fare dall'infermiere che lo assisteva furono senza effetto. L'infermo aveva spesso lo stimolo ad emettere feci, ma non riusciva che ad emettere qualche po' di sangue rosso vivo.

Il G. T. dopo un giorno, dichiarò all'infermiere che l'introduzione della cannula del clistere determinava nel retto dei dolori pungenti. L'infermiere, di sua iniziativa poichè in realtà non riusciva ad introdurre intieramente nel retto la cannula, fece l'esplorazione digitale del retto e con stupore estrasse dal retto stesso « una forcella di pollo ». Estratto tale ossicino, immediatamente il T. G. poté liberare dalle feci intestino.

Tale ossicino, che era realmente quello deglutito dal T. G. inavvertitamente, aveva impiegato 6 mesi a compiere la traversata del tubo digerente. È davvero rimarche-

vole come esso, che per la sua forma ad angolo puntuto facilmente avrebbe potuto esser trattenuto in qualche ansa, avesse potuto — nonostante l'esistenza della dop-pia ernia inguinale — compiere senza dar luogo a più gravi complicanze, anzi pas-sando quasi inavvertito, il suo viaggio lungo tutto l'intestino.

## OSSERVAZIONE II.

L. F. fabbro, di 39 anni, coniugato con 4 figli, di Arezzo il 20 Luglio 1903 si presentava a me nell'Ambulatorio Medico della Fraternita dei Laici richiedendomi di una visita. Accusava un fortissimo dolore in corrispondenza dell'addome e dichiarava che a mala pena aveva potuto trascinarsi fin là. Esaminatolo trovai che l' L. F. era affetto da ernia inguinale destra perfettamente riducibile e presentava una dolorabilità diffusa a tutto quasi il quadrante inferiore destro dell'addome, maggiormente intensa al punto di Mac-Burney. Alla palpazione si constatava una leggera tumefazione della regione e la « defence musculaire ». Sembrandomi evidente si trattasse di appendi-cite, consigliai l' L. F. a farsi d'urgenza trasportare all'Ospedale. Nulla seppi più di tal malato fino al giorno 5 d'Agosto, in cui nuovamente si ripresentò all'Ambulato-rio. Mi disse che non aveva voluto seguire il mio consiglio e che invece d'andare all'Ospedale si era fatto condurre a casa sua, sperando poter finire dei lavori che gli erano stati da tempo ordinati. A casa era stato un giorno o due a letto; poi, nono-stante avesse febbre, si era alzato ed aveva lavorato. Si era deciso a tornare all'Ambulatorio perchè oltre alla febbre era nuovamente ricomparso il dolore in corrispon-denza del cieco.

Esaminatolo io trovai una zona d'ottusità assoluta occupante quasi tutto il qua-drante inf. destro dell' addome: immaginai si fosse formato un ascesso in corrispon-denza dell'appendice vermiforme e perciò consigliai il malato a recarsi all'ospedale nella sezione chirurgica. Ed il malato il 6 Agosto entrava all'ospedale, ove sette per un mese sottoposto a semplice cura medica.

Fu congedato guarito e tornò a casa ove riprese a lavorare: dice però che « la-vorava sempre con doglia » e rimarcava spesso un dolore che dalla parte inferiore destra dell' addome si irradiava fin quasi al ginocchio destro. Soffriva molto di co-stipazione intestinale ed emetteva le feci sempre commiste a sangue e catarro: aveva continuamente premuti anali. Dopo 5 mesi di dimora a casa, fu colto da un ascesso perineale: dovè nuovamente recarsi all'ospedale ove fu subito nel Dicembre) operato. Guarito dopo 14 giorni completamente, chiese di essere operato dell'ernia inguinale destra che aveva fino dall'età di 12 anni. Il giorno 6 Gennaio il prof. Mugnai l'o-però: aperto il sacco erniario fu trovato libero in esso un corpo nerastro e duro che, estratto, si dimostrò essere un chiodo di Francia lungo cm. 3 1/2. Dopo 15 giorni l' F. L. poteva, completamente guarito, riprendere le sue occupazioni.

L' F. L., che fino dal 28 luglio 1904 è per la quarta volta stato nuovamente ac-colto nel Manicomio, racconta che 6 mesi avanti d'essere operato d'ernia, facendo colazione in un osteria, e sentendosi rimasto del cibo fra i denti trasse di tasca un chiodo e se ne servì come stuzzicadenti, e poi per rispondere al saluto di un conoscente lasciò tal chiodo tra le gengive e le labbra. Dice altresì che, invitato a bere scordandosi del chiodo che aveva in bocca lo deglutì col vino. Bevve subito molta acqua e con tal mezzo gli sembrò di aver cacciato dalla faringe nello stomaco il corpo estraneo.

Non pensò più al caso occorsogli. Dopo esser uscito dall'Ospedale nell' Agosto,

dopo un mese, dice che mentre defecando si comprimeva con la mano destra l'ernia perchè non fuoruscisse, sentì « come un ossicino bucargli la pelle all'inguine » — Tal dolore passò subito, ebbe febbre, ma non vi pose mente, credendola dovuta allo strapazzo del lavoro. — Non volle dir mai nulla ai medici del caso occorsogli perchè ne aveva vergogna.

Aggiungerò che, secondo si rileva dai registri del Manicomio l' L. F. fu ammesso una prima volta con diagnosi di frenosi alcoolica all' Asilo Dementi il 30 maggio 1899 e ne fu dimesso guarito dopo 4 mesi e che fu nuovamente ricoverato all' Asilo il 18 gennaio 1900 con diagnosi di mania acuta e ne fu congedato guarito dopo 15 mesi. Si rileva altresì che il F. L. nel 18 Settembre 1903 fu una terza volta inviato al Manicomio con diagnosi di psicosi da alcool e che inviato a custodia domestica il 5 novembre 1903, ritornava per la quarta volta al Manicomio il 28 giugno 1904 e vi si trova anche attualmente. Sembra però certo che l' L. F. sia epilettico, anzi affetto da accessi non rari di epilessia rotatoria.

Data una tal diagnosi, è supponibile ch' egli abbia potuto ingerire il chiodo che si era cacciato in bocca durante una assenza epilettica, tanto più che non si rammenta del fatto con gran precisione.

L' osservazione di un tal caso mi spinse a ricercare i casi consimili registrati nella letteratura: stimo utile esporre i risultati delle mie ricerche.

*J. L. Petit* (2) racconta di aver osservato in un caso di ernia antica, voluminosa e da lungo tempo irriducibile, il sacco pieno di materie fecali e l' intestino perforato da una punta di spillo.

*Berger*, (3) fra i vari casi di peritonite erniaria determinata da corpi estranei, cita il caso di *Hulke* (4) nel quale dei lombrici causarono una peritonite mortale perforando l' intestino erniato ed il caso di *Schmidt* (5) in cui i lombrici produssero un ascesso stercoraceo seguito da fistola e le osservazioni di *appendicite intrasacculare* descritte da *Monks*, *Warren*, *Danzell* (6) e *Bradley*.

Anche il dott. *Cominacini* (8) in un sacco erniario trovò l' appendice perforata da una spina di pesce.

Ed *Hévin* (9), tra gli altri fatti, cita il caso di *Stocker* (10) che trovò in un' ernia un enorme ammasso di metacarpiani di rane ed il caso di *Petit* che dall' intestino erniato di un rosciocciere estrasse un piede di allodola.

*Venksel*, *Kolbe*, *Santucci*, *Appel di Brandenburg* hanno descritto casi in cui, come nell' F. L. il corpo estraneo trovavasi nel sacco erniario del tutto libero dall' intestino.

Nel caso di *Venksel* (11) si trattava di un ernia destra grossa quanto un pugno di bimbo che presentava i fenomeni dell' incarcrazione. Esisteva da 11 anni ed era stata riducibile. Si trovò nella

parete del sacco erniario un pezzo d'osso lungo 5 cm., dello spessore di 2-3 cm. ad una estremità largo 1 1/2 cm. ed all'altra estremità assottigliantesi e un po' piegato nel senso della superficie. Non poté esser chiarito come il corpo estraneo fosse là pervenuto, perchè il malato asseriva con tutta sicurezza di non essere mai stato malato seriamente.

*Kolbe* (12). chiamato presso una donna perchè le si era manifestata un'ernia, trovò i segni di un'ernia destra, senza fenomeni di incarcerazione. I tentativi fatti per ridurla rimasero senza risultato: fu fatta l'operazione. Dopo l'incisione dei tegumenti cutanei venne fuori un corpo rotondeggiante e scabro, di consistenza discretamente dura. Fu necessario al chirurgo prima di tutto incidere una dura capsula: nel tessuto che formava la capsula fu trovato uno spillo. Nella capsula stessa il processo vermiforme (conservato ora nell'Istituto d'Anatomia Patologica dell'Università di Bonn) era unito per mezzo di forti lacerti con il tessuto che circondava lo spillo: non vi si vedevano altre parti intestinali.

Il dott. *A. Santucci* (13) nell'Adunanza del Dicembre 1904 riassunse e comunicò alla Società dei Fisiocritici di Siena un caso di peritonite erniaria acuta da spina di pesce, osservata in un uomo di 72 anni, per la quale esso fu indotto a praticare l'erniolaparotomia, l'estirpazione in toto del sacco erniario e del testicolo e dei suoi elementi. Una grossa spina di pesce, emigrata da un'ansa intestinale, presumibilmente mentre quest'ultima si trovava nel sacco erniario inguinale, aveva acceso nel sacco un processo di peritonite acuta locale. I tessuti perierniari si erano a lor volta infiammati, si erano fatti edematosi e la flogosi si era estesa agli elementi del cordone che, col testicolo e col sacco, finirono per formare una massa unica. Il paziente da un pezzo ernioso, si accorse che in un dato giorno l'ernia si era fatta irriducibile e dolente e provò poi dei dolori ventrali, senza vomito però e senza chiusura dell'alvo. Giunse all'Ospedale di Scansano dopo 8 giorni dall'inizio dei fatti e fu operato. Il dott. *Santucci* ebbe l'avvertenza di non aprire la cavità del sacco ma di escidere questo con tutti i tessuti inglobati nel processo flogistico, separando le connessioni del sacco col peritoneo addominale, al di dietro del colletto. Richiuso il ventre, la ferita scrotoinguinale fu tamponata e lasciata guarire per granulazione. Il sacco erniario, comunicante col cavo addominale attraverso un colletto appena permeabile ad un sottilissimo specillo, dato la grande

tumefazione del peritoneo del colletto stesso, fu aperto, a scopo di studio, ad operazione finita. La superficie interna del sacco era arrossata e nel fondo del sacco trovavasi uno strato purulento in mezzo al quale vi era una spina di pesce d'acqua dolce, grossa, ricurva e puntuta ad un estremo. Nel pus furono trovate catenelle di cocchi e una forma bacillare corta, non resistente al Gram, forse il *Bacterium Coli*.

L' *Appel* (14) in un suo articolo sulla questione del destino dei corpi estranei deglutiti, descrive un caso capitato alla sua osservazione. Si trattava di un uomo di 62 anni che era stato sempre sano ed aveva, senza accorgersene, deglutito un osso. Nel 40. anno di età gli era sopraggiunto un forte dolore che dalla regione epatica si diramava per tutto il ventre, producendo un'ostinata costipazione. Tale attacco doloroso gli venne più volte nell'annata, poi si ripeté ogni 2 o 3 anni: durava 3 o 4 giorni, indi scompariva non appena era avvenuta l'evacuazione. Un medico già aveva spiegato tale sindrome come coliche da calcoli. Negli ultimi 5 anni non avvenne nessun nuovo attacco e la digestione si era sempre compiuta irrepreensibilmente e le condizioni generali si erano mantenute buone. Il giorno 14-1-902 il paziente aveva sentito, senza avervi dato motivo, un acuto dolore nella regione inguinale sinistra, il quale nel giorno successivo era terminato ed al terzo giorno era ritornato più intenso. Il medico che lo curava trovò un rigonfiamento della grossezza di una susina nelle vicinanze del canale inguinale. Il paziente non aveva avuto mai ernie inguinali e non aveva mai provato in quelle regioni alcun incomodo. Il gonfiore non provocò alcun fenomeno da parte dell'intestino, nè febbre, nè dolori: in caso qualche piccola molestia quando il paziente riposava. Però quando il paziente stava in piedi ed amava di accudire alle sue occupazioni, si producevano dei dolori che l'obbligavano al riposo.

Il 24-1-902 il paziente fu operato, essendo stata fatta la diagnosi di ernia epiploica aderente. Fu eseguita un'incisione nella direzione del canale inguinale sinistro e la spaccatura dello stesso. In esso stava del tenuto grassoso dal quale si poté con fatica isolare un ammasso di tessuto più duro della grossezza di una noce, che rimpiccioliva l'anello inguinale e somigliava per forma, consistenza ed aspetto ad un tumore del mesenterio. Al di là di esso l'*Appel* scoprì un corpo estraneo che afferrò con le pinze. Esso era un osso curvato, colorato in giallo bruno, distintamente odorante di sterco, con estre-

mità poco appuntite. A colpo d'occhio si scorgeva trattarsi di un pezzo di costola di una lepre o di un coniglio della grossezza di un fiammifero e della lunghezza di circa 25 mm. Il corpo estraneo era per metà immerso nel tessuto adiposo addominale e per metà presso l'orificio interno: il tumore grasso ed il peritoneo erano separati l'uno dall'altro. La sera stessa dell'operazione la temperatura salì a 38°.6 proprio come se si fosse prodotta infezione. Al giorno successivo si ebbe caduta della temperatura e decorso indisturbato della guarigione della ferita.

A tali osservazioni io credo utile aggiungere la notevole e ben differente osservazione pubblicata recentemente dal Dott. Statzer (15) di Vienna in una sua memoria intitolata: « *Ueber das Verhalten verschluckter Fremdkörper zu Brüchen* ». Lo Statzer ebbe luogo di visitare all'Ospedale di S. Rocco un cameriere di 44 anni, giunto con la diagnosi di *ernia incarcerata*, il quale 7 giorni innanzi si era improvvisamente ammalato a causa di acuti dolori all'addome che col tempo erano andati aumentando, mentre si formava nella regione inguinale destra un gonfiore accompagnato da febbre persistente. Al momento del suo arrivo all'Ospedale tal paziente aveva 39°.4 ed il suo ventre era appiattito, non dolorante in alcuna parte, eccettuato un punto grosso come un pugno, a destra, sopra la sinfisi, dove si trovava un ascesso che raggiungeva la linea mediana. La sua lingua era asciutta, leggermente patinosa, il polso accelerato; aveva sudore profuso e qualche volta eruttazioni ma non vomiti. Sottoposto ad operazione, in seguito all'apertura l'ascesso si svuotò di una certa quantità di fetida marcia. Dopo l'incisione del sacco erniario venne con le pinzette estratto un corpo estraneo duro che si dimostrò essere un pezzo d'osso molto appuntito lungo 4 cm. e largo 1 1/2 cm. Nel cavo addominale difaccia all'anello interno giaceva un'ansa del tenue di poco distante dal cieco la quale lasciava vedere 2 aperture di perforazione cagionate dal pezzo d'osso.

L'intestino che si presentava perforato in due punti venne resecato: fu eseguita poi la sutura mediante apposizione laterale, e quindi applicato un drenaggio con garza iodoformica. In terza giornata successe la morte e l'autopsia, mentre dimostrò perfetta la sutura dell'intestino, rivelò una peritonite purulenta diffusa. Per chiarire il suo caso lo Statzer ammette che quell'ansa intestinale si fosse saldata all'aperto anello inguinale interno e probabilmente anche che fosse penetrata in forma di un'ernia inguinale nell'anello aperto.

Con tal meccanismo il pezzo d'osso si sarebbe impegnato nel suo movimento di avanzamento ed avrebbe due volte perforato l'ansa.

Lo *Statzer* ha ricercato nella letteratura i casi esistenti di corpi estranei nelle ernie, ed accompagna la sua osservazione personale con altre 26 osservazioni di vari autori, che divide in quattro gruppi. In un primo gruppo pone i casi di *Farcy* (16), di *Schroekius* (17), di *Winckler* (18), di *Petit* (19), di *Roberts* (20), di *Bayer* (21), di *Fieber* (22), di *Stocker* (23), di *Schopf* (24), di *Gaillard* (25), di *Dieffenbach* (26), e di *Winslow* (27), casi nei quali i corpi estranei ritrovati nell'ernia consistevano in ossa o in frammenti d'ossa. In un secondo gruppo riporta il caso di *Günther* (28) che aperta l'ansa erniata estrasse da essa 9 noccioli di susine, il caso di *Th. Smith* (29) in cui il sacco erniario conteneva due noccioli di datteri che fuoruscirono ed i casi di *Petit* e *Igonnet* (30) che estrassero dall'ernia una quantità di noccioli di ciliegie. E — raccolti in una terza categoria il caso già riportato di *Kolbe* e quelli di *Becker* (31) e di *Cooper* (32) in cui i corpi estranei erano aghi da cucire — cita in ultimo l'osservazione di *Boismortier* (33) che in un ernia ombelicale trovò una spiga d'orzo con tutti quanti i suoi grani e quelle di *Dendy* (34), di *Volpi* (35), di *Morgan* (36) e di *Whitehead* (37).

Quello che è notevole, prescindendo dai casi citati dallo *Statzer*, si è che dalla letteratura chiaro apparisce che, quando non si tratti di mera accidentalità, sono gli alienati che danno il maggior contributo alla casuistica dei corpi estranei dell'intestino.

Il caso dell'F. L., nonostante le ricerche da me compiute che provano come già la serie delle osservazioni di corpi stranieri trovati nelle ernie sia assai rimarchevole, mi sembra resti singolare per diverse ragioni: infatti io non ho potuto aver cognizione di alcun altro caso in cui il corpo estraneo trovato nel sacco erniario fosse rappresentato da un chiodo; di più il modo col quale sarebbe stato dall'F. L. inghiottito tal corpo estraneo è notevole perchè sarebbe ciò avvenuto durante un'assenza epilettica: infine esso sta una volta di più a dimostrare come un corpo estraneo possa perforare l'intestino, determinare una peritonite circoscritta, e, nonostante le aderenze formatesi fra ansa ed ansa, migrare nel sacco d'un ernia inguinale senza determinar successivamente una peritonite erniaria, e dimorarvi senza apportare alcuna rilevante molestia al paziente.

È certo infatti che i sintomi di appendicite presentati dal malato

L. F. dopo 20 giorni dall'inghiottimento del corpo estraneo, devono esser stati determinati dalla perforazione dell'intestino in vicinanza della valvola ileo-cecale e dalla fuoruscita del corpo estraneo dall'intestino stesso; ed è altrettanto certo che in uno sforzo durante l'evacuazione il corpo estraneo ha potuto entrare nel sacco erniario senza che la sua presenza venisse dal medico avvertita.

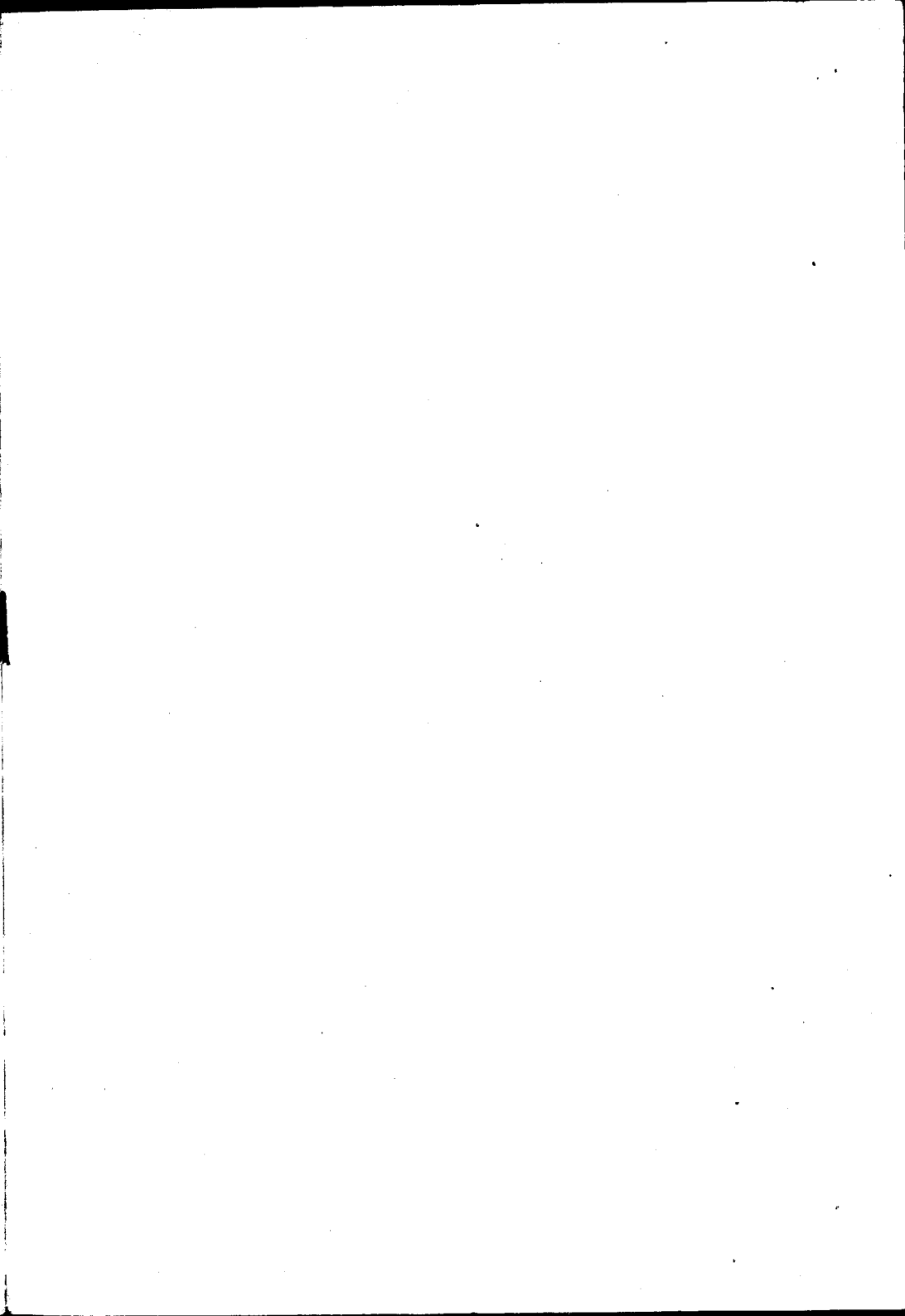
Io ritengo che sarebbe veramente utile e necessario che il chirurgo, tutte le volte che gli si presenta un malato del tubo digerente od un ernioso che sia o già sia stato affetto da alienazione mentale avesse sempre presente alla mente il fatto che è tra gli alienati più specialmente che si può riscontrare la presenza nel tubo digerente dei corpi estranei i più singolari.

## BIBLIOGRAFIA

1. - Dott. UGO VIVIANI - Singolare ammasso di corpi estranei nello stomaco d'un alienato. (Contributo allo studio dei perversimenti dell'istinto di nutrizione). Estratto dal « Cesaipino ». Anno I, Fasc. I, 1905.
2. - RUGGI e NASI - Ernie, Trattato Italiano di Chirurgia, Vol. IV, parte II.
3. - BERGER - Ernie, Trattato di Chirurgia di Duplay e Reclus, (pag. 60, Vol. VI, Parte II).
4. - HULKE - The Lancet (16 maggio 1866 p. 470).
5. - SCHMIDT - Die Unterleibsbrüche - Deutsche Chirurgie 1880.
6. - DANZELL - Herniologische Studien. (Göttingen 1854).
7. - BRADLEY - Med. Times and Gaz. (1878, t. I, pag. 617).
8. - Dott. A. SANTUCCI - Peritonite erniaria acuta da spina di pesce (Atti della R. Accad. dei Fisiocritici Serie IV vol. XV. 1905).
9. - HÉVIN - Mem. de l'Acad. de Chir. (1743, t. I, p. 602).
10. - STOCKER - Vedi N. 23.
11. - VENKSEL - Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper (Centralb. f. Chir. 1899).
12. - KOLBE - Eine Knopfnadel als Ursache einer Hernie (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1895, 45).
13. - SANTUCCI - Resoconto clinico-statistico del turno chirurgico dell'Ospedale Civile di Scansano - Grosseto 1905.
14. - APPEL - Zur Frage nach dem Schicksal verschluckter Fremdkörper (Muenchener Medizinische Wochenschrift, Juli 1904 pag. 1295).
15. - STATZER - Ueber das Verhalten vernluckter Fremdkörper zu Brüches (Zeitschrift für Heilkunde, 1902 XXIII Band, III Heft).
16. - FARCY - Mem. de l'Acad. roy. de Paris des sciences 1722.
17. - SCHROEKIUS - Bibl. Chirg. Tom. II.
18. - WINKLER - Vedi: Statzer, loro citato.
19. - PETIT - Oeuvres chirurgicales (pag. 640).
20. - ROBERTS - Lancet. 1880 Apr.
21. - BAYER - Die Chirurgie in der Landpraxis, 3 Aufl.

22. - FIEBER - Wiener medicinische Wochenschrift 1868, 14.
23. - STOCKER - Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1884. 17.
24. - SCHOPF - Jahrbuch der Wiener k k Krankenanstalten 1897.
25. - GAILLARD - Vedi: Vidal. Lehrbuch der Chirurgie 1856.
26. - DIEFFEBACH - Operative Chirurgie. Leipzig 1845 Bd II.
27. - Vedi: Güntner, loco citato.
28. - GUNTHER - Operationslehre: Operationen am Bruche.
29. - SMITH - Transact. of the path. soc. of London. Vol. XIX.
30. - IGONNET - Vedi: Follin et Duplay. Traité élémentaire de path. externe. Paris 1883.
31. - BECKER - Nonnulla de corporibus alienis etc. Inaugural Dissertation. Lipsia 1860.
32. - COOPER - Vorlesung über Chirurgie. Uebersetzt. Leipzig 1838 Bd II.
33. - BOISMORTIER - Vedi Hévin loco citato.
34. - DENDY - Lond. med. and surgic. Journal. 1883.
35. - VIDAL - Lehrbuch der Chirurgie. Berlin 1883 Bd I mod. V.
36. - SCHMIDT - Die Unterleibsbrüche (Deutsche Chirurgie 1896).
37. - Vedi: Schmidt, loco citato.
38. - J. BELL - Foreign bodies in the vermiform appendix (Philadelphia med. Journ 1902).
39. - A. EXNER - Die spitzigen Körper im Verdauungstraktus des Menschen (Zentralbl. f. Chir. 1902 e 1903).
40. - FABER - Ueber Gräten als Fremdkörper in Darm und über Knochenverdauung. (Berl. Klin Wochenschr. 1898 R. 35).
41. - GRAPP - Zur Kasuistik später Folgen verschluckter Fremdkörper (Zentralbl. f. Chir. 1897).
42. - DANZELL - Zeitschrift der Aerzte zu Wien, 1859 pag. 209.
43. - CANTANI e MARAGLIANO - Malattie dell' intestino.







Mr. Long

Dr. H. Tripp's Care

Dr. H. Tripp's Care

Via Leone 36

Roma