



Dott. F. PARONA

2-5-37-59

DELLA LEGATURA DELLA VENA POPLITEA NELLE VARICI ALLE GAMBE

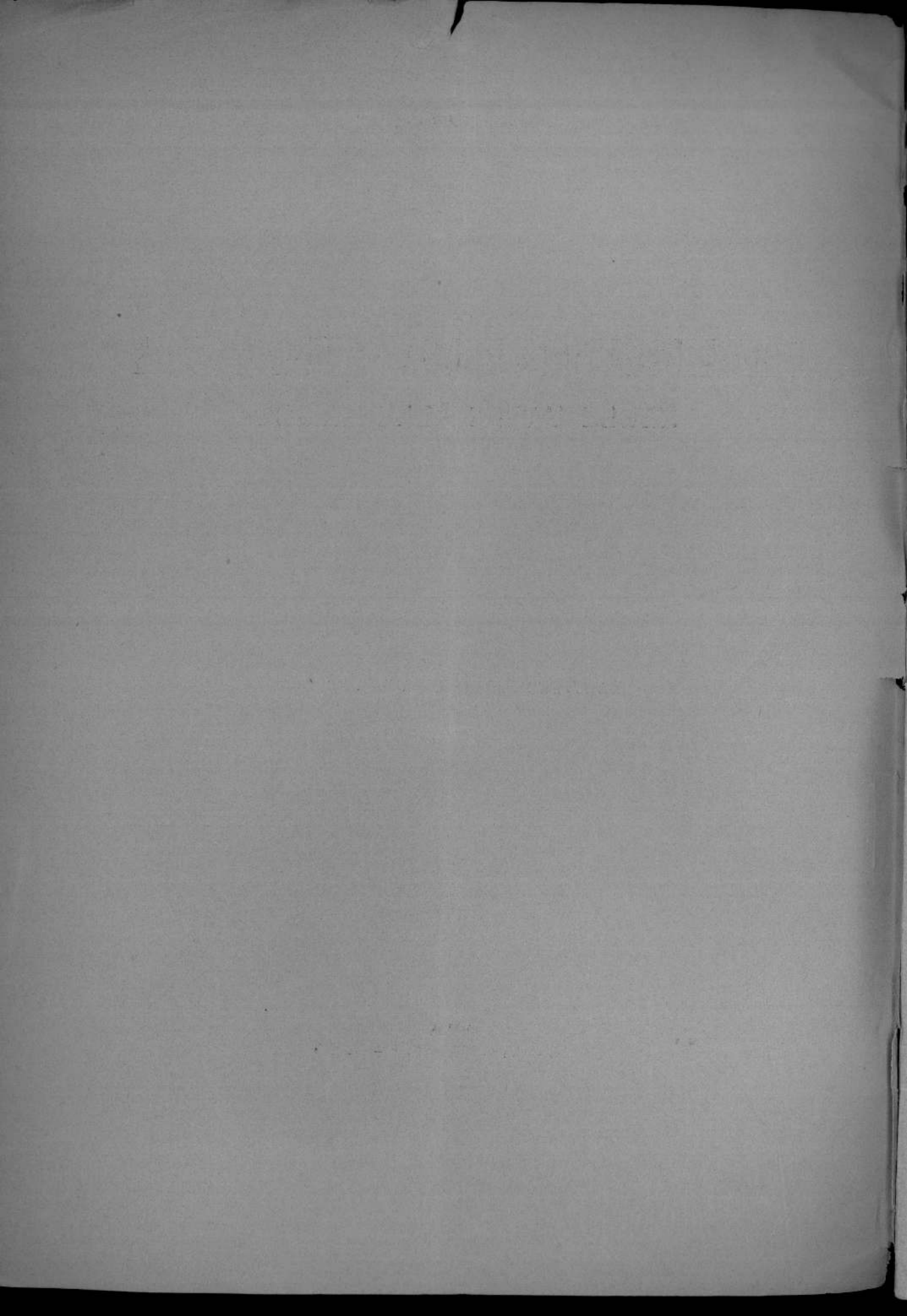
Estratto dal POLICLINICO, Vol. XI-C., 1904



ROMA

N. 219 - Corso Umberto I - N. 219

1904



DOTT. F. PARONA

DELLA LEGATURA DELLA VENA POPLITEA NELLE VARICI ALLE GAMBE

Estratto dal POLICLINICO, Vol. XI-C., 1904



ROMA

N. 219 - Corso Umberto I - N. 219

1904

*Man
02
115*

Della legatura della vena poplitea nelle varici alle gambe

Osservazioni anatomiche e cliniche del dott. F. PARONA.

Fondamento di ogni processo operativo è sempre stata l'anatomia, e la efficacia di questo o di quel metodo, si è rilevata maggiore o minore, a seconda che pare adattarsi più o meno alle disposizioni anatomiche locali, alle esigenze dei diversi tessuti o del modo nel quale funzionano.

Questo concetto, vecchio quanto la chirurgia, e che trova la sua dimostrazione in operazioni di qualunque regione e di qualsiasi genere, ebbe ai giorni nostri una splendida conferma nell'operazione alla Bassini per la cura radicale dell'ernia inguinale; operazione che deve il suo grande e meritato successo al fatto di avere più di ogni metodo precedente una base anatomica più precisa ed esatta.

Se partendo da questo concetto noi esaminiamo il praticato sin qui per la cura chirurgica delle varici, noi potremo convincerci (e io spero dimostrarlo) che gli insuccessi operativi che deploriamo sono dovuti, almeno in buona parte al fatto che i procedimenti usati non ebbero una giusta applicazione od interpretazione anatomica.

Affinchè questo mio apprezzamento risulti chiaro, e convincente ne appaia la dimostrazione, richiamerò brevemente alcune ricerche anatomiche e patologiche già fatte sulle vene delle gambe e da me con pazienti indagini meglio controllate e precisate.

Non è il caso che io ricordi qui l'anatomia normale delle vene delle gambe e dica come abbia origine la safena esterna, quale ne sia il percorso e dove termini; quale il percorso della safena interna, quali i rapporti fra questi due vasi.

Importa però rilevare che la ricca rete venosa profonda ed intramuscolare va a scaricarsi tutta nella vena poplitea, la quale è come il tronco di un albero assai frondoso, e da sè funziona e provvede allo scarico della safena esterna, delle vene tibiali e peronee, delle gemellari e di parecchie altre (anastomotiche, articolari, ecc.); infine, che il lume della vena femorale e poplitea è molto più ragguardevole di quello della safena interna e la colonna sanguigna gravitante sulla poplitea e sue affluenti è di gran lunga maggiore di quella che può pesare sulla safena interna. In altri termini, la circolazione venosa superficiale per la via della safena interna, è di un'importanza molto secondaria e meno impegnata di quel che non sia la circolazione profonda che è la grande via di scarico.

Questi fatti dicono già quale e quanta parte la circolazione venosa interna della gamba debba avere sullo sviluppo della varice: eppure su questo punto sostanziale che si lega alla disposizione delle valvole i pareri sono ancora controversi e le interpretazioni contraddittorie.

Questa disposizione valvolare accennata pel primo dal dott. Houzé de l'Aulnoit nel 1854 e confermata poi dal Verneuil e da A. Le Dentu, venne diligentissimamente controllata dal Giacomini che nel suo lavoro « Osservazioni anatomiche per servire allo studio della circolazione venosa delle estremità inferiori » (Torino 1873) così si esprime:

« Nelle mie dissezioni diligentemente esaminando i vasi anastomotici che attraversando il rafe dei due gemelli, e le carni dell'uno e dell'altro si portano fra le fibre muscolari dei medesimi e del soleo per quindi andare nella vena poplitea; ovvero quegli altri che attraversata l'aponeurosi d'involucro della gamba tosto si portavano alle vene peroneali e tibiali posteriori, mi sono convinto della esistenza costante di uno e generalmente di due paia di valvole colla loro *concavità sempre rivolta all'interno*. Per altro al piede le anastomosi molteplici che si fanno tra le origini delle due safene e le vene profonde plantari e pedidee, mancherebbero affatto di valvole secondo quanto io ho potuto osservare, ovvero sarebbero rivolte all'esterno secondo Houzé de l'Aulnoit. Ad ogni modo tali anastomosi funzionerebbero molto diversamente da quelle che esistono alla gamba ed alla coscia. E difatti mentre al piede il sangue delle vene profonde può liberamente versarsi nella rete sottocutanea, dalla quale traggono origini le due safene, alla gamba ed alla coscia succede precisamente l'inverso. Disposizione anatomica questa che favorisce grandemente la circolazione venosa sottocutanea dell'arto addominale, per l'ondata di sangue che entra nell'origine delle due safene ad ogni momento in cui il piede poggia sul suolo e ne assicura il decorso più superiormente, potendo il sangue per le molte anastomosi fluire nelle vene profonde intermuscolari ed intramuscolari, dove una volta entrato e spinto dalla contrazione muscolare, necessariamente segue il tragitto delle vene profonde non essendo possibile un riflusso nelle superficiali.

Stando le cose in questi termini egli è evidente come non possa il sistema delle vene safene rigorosamente chiamarsi, come si usa chiamarlo ancora da molti, sistema di complemento della circolazione venosa profonda, vale a dire come un sistema di vasi, nel quale rifluisca il sangue delle vene profonde, allor-

quando si trova esposto a grande tensione per la contrazione muscolare, ovverossia incontri difficoltà nel circolo. Le cose avvengono così nell'arto toracico, ma nelle estremità inferiori la disposizione delle valvole ci indica pure la direzione della corrente sanguigna.

L'erronea interpretazione delle funzioni delle safene per rispetto alle vene profonde servi di base alla spiegazione di molti fatti morbosi la cui patogenesi è riposta in ben altre circostanze. Così, per citare un esempio, John Gay attribuisce alla deficienza d'azione del sistema venoso superficiale la dilatazione passiva dei tronchi profondi i quali divengono incapaci di compiere la somma dei doveri di ambedue i sistemi combinati.

Per quanti ostacoli avvengano alla gamba ed alla coscia nella circolazione venosa profonda, mai avverrà che il sangue refluisca nelle vene superficiali finchè le valvole dei vasi anastomotici funzionano. Se così non fosse stato, il sistema delle safene non protette da rapporti muscolari, senza rinforzi fibrosi, la sua dilatazione varicosa sarebbe stata normale. Ed infatti, in sei estremità inferiori appositamente iniettate con colla colorata in bleu d'anilina — introducendo il tubo di iniezione in una delle vene tibiali posteriori, in corrispondenza del canale calcaneare, nel mentre stanno per continuarsi nelle vene plantari — tutte le vene profonde delle gambe e della coscia, anche le minime, riescono gonfie d'iniezione fino alla vena iliaca esterna che avevo preventivamente allacciata onde dar maggior grado di tensione al liquido di iniezione; e non una goccia di esso entrò nelle vene superficiali, malgrado avessi riscontrato nella dissezione anastomosi molteplici colle vene profonde.

All'opposto in tutte le iniezioni praticate nell'arcata venosa del dorso del piede o nell'origine delle safene, tanto le vene superficiali che le profonde rimanevano egualmente iniettate. È questa una prova del modo di funzionare dei vasi anastomotici tra le vene superficiali e le profonde alla gamba ed alla coscia.

Convieni avvertire però che volendo iniettare le vene profonde della gamba e della coscia senza che il liquido passi nelle vene superficiali, è d'uopo scegliere estremità le quali non presentino nessuna dilatazione varicosa anche minima delle vene superficiali; imperocchè in questo caso le valvole dei rami anastomotici si trovano insufficienti a chiudere il lume del vaso e quindi con facilità il liquido d'iniezione entra nelle vene varicose. »

Queste indagini del Giacomini, perfettamente conformi alle mie ricerche, non sono da tutti accettate. M. Charrade, che al dire di Beurnier (1) fece uno studio assai approfondito di questo tema secondo i diversi autori, così si esprime: « La lontananza del cuore diminuisce la tensione del sangue nelle ultime arterie e perciò l'impulsione della vis a tergo, la gravitazione specialmente nella posizione eretta le oscillazioni alternative del membro inferiore grazia alla forza centrifuga che esse sviluppano; i muscoli comprimenti nelle loro contrazioni certe vene, il numero considerevole delle vene in confronto a quello delle arterie:

(1) *Les varices*. Bouff et C., édit., Paris.

tali sono gli ostacoli principali al corso del sangue venoso nel membro addominale. D'altra parte le cause che favoriscono la circolazione di ritorno sono la vis a tergo, la contrazione dei muscoli del polpaccio e della coscia e fors'anche la contrazione della stessa parete venosa; infine la presenza delle valvole. È la disposizione di queste che più particolarmente ci interessa e ciò nelle vie anastomotiche fra il sistema venoso profondo e superficiale. Nel piede le valvole sono orientate in modo da permettere al sangue di passare soltanto dalle vene plantari e pedidee nelle safene. Il rovescio succede, come lo ha indicato M. Le Dentu alla gamba ed alla coscia. Senza voler insistere sulle differenti particolarità della circolazione durante il camminare e durante la stazione eretta, mi basterà dire che, nella prima la tensione aumenta dapprima nella safena interna grazie all'impulso che essa riceve dal piede, che la tensione aumenta ugualmente ed a un più alto grado nelle vene profonde e nella safena esterna.

Infatti, continua l'A., mercè la disposizione delle valvole delle diramazioni anastomotiche, nessuna goccia del sangue contenuto nel polpaccio può rifluire nella safena interna. Si vede da questo che la safena allorché è insufficiente, ha una parte importantissima per stabilir l'equilibrio di pressione fra il contenuto dei vasi superficiali dei vasi profondi. Si potrebbe compararla a un grande canale di sicurezza esteso dal legamento di Poupart all'estremità dell'arcata venosa del piede. È dunque una via di supplemento affatto accessoria per la circolazione di ritorno del membro inferiore ed in ragione della disposizione delle valvole la poplitea e la femorale costituirebbero le vie principali di scarico.

Cosa avviene quando le valvole sono forzate nella safena interna come è il caso nelle varici di cui parliamo? Bisogna sapere che le valvole, come lo ha dimostrato Klotz e lo indica Trendelenburg, dal quale noi imprestiamo una buona parte delle sue idee; le valvole, sono forzate non soltanto nel tronco della safena ma nelle vie anastomotiche. In conseguenza il reflusso sarà possibile e le vene che originano dalla safena, le vene varicose al livello della parte inferiore della gamba (sede d'elezione degli accidenti prodotti dalle varici della safena) dovranno sopportare una tensione esagerata. Infatti, lo stesso punto dovrà sopportare contemporaneamente la pressione del sangue venuto dai capillari del piede e la pressione del sangue che rifluisce dall'alto al basso nella safena interna. È facile dimostrare la realtà di questo reflusso nella safena e dimostrare che ha una parte notevole nella replezione delle vene varicose. Trendelenburg arriva a dire che il contenuto del canale safenico non obbedisce più alle leggi di gravità e che il reflusso si produce non solo nei grossi tronchi venosi, ma perfino nelle piccole vene tributarie a questi.

Ora, se noi confrontiamo questi apprezzamenti con quelli di Giacomini e di Verneuil, il contrasto risulta evidente ed importantissimo, perchè è sopra il modo di interpretare i fatti che si basano i diversi trattamenti chirurgici. Tuttavia osservo che a ragionare nel senso di Trendelenburg, od in modo poco diverso, vi sono parecchi altri: e che Burci e Vignolo di recente scrissero (1) che le conclu-

(1) Trattato italiano di chir., vol. II, p. II. Malattie dei vasi. 1902, pag. 10

sioni di Verneuil e di Giacomini sono troppo assolute, perchè si è potuto dimostrare che realmente esistono delle varici superficiali senza varici profonde, e che l'osservazione clinica conferma assai di frequente questo fatto.

Valette e Hugues (1) ripetono a un dipresso la stessa cosa. Schwartz (2) che si è occupato molto dello studio e trattamento delle varici, dice che la cura radicale di esse gli sembra possibile quando vi sono lesioni ben limitate senza varici profonde; quando invece queste ultime esistono, oppure quando la rete superficiale è assai sviluppata, la cura diviene quasi una chimera. Broca arrivò a dire che le varici profonde sono un'eccezione, se pure esistono (Beurnier. p. 102). E per tacere d'altri dirò che il Melini chiude un suo lavoro sulle varici con queste parole: « Anche in oggi diversamente si pensa, diversamente si opera da valenti chirurghi italiani, vi sono incertezze e si ottengono guarigioni con metodi differenti ».

In mezzo a tante incertezze ed affermazioni contraddittorie mi pare che valesse la pena di rifare con maggior precisione le indagini sul cadavere che già avevo fatte molti anni or sono (3 e 4) per controllare le ricerche di Verneuil, Giacomini, Le Dentu, confermate da Weker ed altri. In questa seconda serie di ricerche mi proposi specialmente di studiare le forme iniziali delle varici alle gambe e la loro sede di predilezione; ossia il loro sviluppo iniziale, il luogo di origine, di accrescimento, di diffusione.

A tale intento dissecai oltre a 50 gambe di cadaveri, preferibilmente di sesso maschile e di età media, che apparentemente non figuravano varicose o lo erano in grado moderatissimo. Nella maggior parte dei casi praticai iniezioni di sostanze solidificanti in tutto l'albero venoso della gamba, circoscrivendo le mie ricerche alla gamba ed al poplite fino al canale degli adduttori: preparai a secco e conservai pel museo di patologia chirurgica del nostro ospedale i casi più interessanti e tipici, disegnando in album speciale quanto di più dimostrativo mi occorre osservare. Questi disegni sono in parte riprodotti nelle tavole annesse al presente lavoro a risparmio di parole e per maggiore chiarezza.

Nelle mie pazienti e numerose ricerche, *neppure una volta* riscontrai il caso di varice esterna senza varice profonda: non esito quindi ad affermare, checchè siasi detto in contrario, che la varice esterna della gamba senza la varice profonda, se esiste, è cosa estremamente rara e direi eccezionale. Ed aggiungo, che la varice esterna è sempre in rapporto diretto colla varice profonda sviluppatasi precedentemente; e che, nella maggioranza dei casi, la comparsa della varice esterna avviene tardivamente, quando cioè la varice profonda ha raggiunto un notevole grado di sviluppo: di modo che ho potuto conservare diversi preparati di grosse varici profonde aventi le safene, le anastomotiche e collaterali di calibro e forma normalissime e con valvole intatte (tav. I). La varice profonda si

(1) British Med. Journ., 1887.

(2) SCHWARTZ. *Diet. de méd. et de chir. pratique.*

(3) Rendiconto biennale di Clinica chirurgica, 1875. *Gazzetta Med. it. Lombarda.*

(4) Annotazioni chirurgiche, *Annali universali di med.* Anno 1877.

inizia con speciale frequenza nei muscoli gemelli e solei (tav. II, fig. IV e tav. IV, fig. II); talvolta però l'inizio della varicosità mi parve doverlo riferire più particolarmente alla tratta inferiore della vena tibiale e peronea posteriore (tav. III, fig. II e tav. IV, fig. II). Nel primo caso, cioè di varice intra muscolare, l'alterazione si svolge nel modo seguente: un ramo venoso, per es. la tratta di una gemellare che scorre tra le fibre del muscolo omonimo obliquamente o trasversalmente a queste (tav. V, fig. II e tav. II, fig. III), si trova inceppata nella funzione di trasportare il sangue alla poplitea, specialmente nella stazione eretta o durante la deambulazione pel fatto che la contrazione dei fascetti muscolari che l'attraversano agendo da strettoio ostacolano il circolo ascendente; di modo che il sangue, trattenuto ed accumulato fra le strozzature e le valvole sottostanti che ne impediscono il rigurgito, distende la parete che data la disposizione personale e la persistenza del fatto, finisce per sfiancarli e divenire varicosa. A questo sfiancamento della parete venosa al di sopra delle valvole, contribuisce anche il frequente sbocco in questi punti di vene collaterali (tav. III, fig. III). Che sia questo il meccanismo ordinario causa della varice delle vene intramuscolari, lo prova il fatto che dette varici appena raggiungono un certo volume prendono d'ordinario la forma di nodi collocati uno dietro l'altro, come i grani di una corona da rosario (tav. II, fig. III e IV e tav. IV, fig. II); e mercè un'accurata dissezione si ritrovano interposti fra un nodo e l'altro fascetti muscolari (tav. V, fig. II). I nodi sono più o meno grossi, secondo il calibro del vaso interessato ed il grado di varicosità; e si moltiplicano profondamente in via ascendente e verso la periferia fino a che per mezzo di qualche anastomotica la varice si fa esterna (tav. IV, fig. II e tav. V, fig. II a). Questi nodi o rigonfiamenti per il meccanismo sopra indicato si trovano di preferenza verso la concavità della valvola (tav. I a, tav. IV, fig. I a).

Nel caso invece di varice sviluppatasi nelle vene profonde tibiale e peronea, essendo queste contenute in una guaina comune coll'arteria e spesso saldata a quest'ultima mediante fitto tessuto connettivo, non possono allungarsi e dilatarsi specialmente all'avanti appoggiandosi alle ossa. Di conseguenza la sfiancatura può avvenire solo nei punti meno resistenti, che perciò prendono forme diverse e bizzarre di gozzi laterali e dilatazioni ad ampolla specialmente dove vi sono valvole o vasi collaterali, i quali essendo meno avviluppati da guaine aponeurotiche od altro non di rado raggiungono un calibro molto superiore alla vena principale.

Il guasto valvolare in questi casi avviene facilmente e la varice, dalle anastomotiche che hanno il percorso breve, è trasmessa alle vene superficiali.

Esemplare di varici di tal genere si vedono riprodotti nelle tavole I, II, figura II. Profondamente, è difficile trovare varici serpiginoze e quelle poche si osservano a preferenza nel tessuto cellulare lasso e adiposo o parallelamente ai fasci muscolari; mentre tal forma è prevalente e direi quasi costante all'esterno: non parmi quindi esatto il Quenu quando dice: *Élargissement simple, épaissement égal, épaissement inégal et déformation, tels sont les termes au moyen desquels on pourrait resumer les étapes par où passent les veines variqueuses*. Le varici alle

gambe hanno fisionomia diversa non in ragione del grado di sviluppo, ma in ragione del luogo ove si formano e dei rapporti coi tessuti vicini. Il fatto di essere una vena accoppiata a un'arteria o ad un nervo, e l'aver con essi qualche intimità od aderenza, fa sì che la vena varicosa non potendo liberamente svolgersi ed allungarsi prenda a seconda del caso forme diverse indipendentemente dalla maggiore o minore cedevolezza della parete per processi flogistici o degenerativi che pure essi hanno la loro parte di influenza.

In qualsiasi caso di varice profonda alla gamba, nel luogo dove affluiscono le tibiali, le peronee, le gemellari, la safena esterna, ecc. ecc., per formare la poplitea si trova sempre una dilatazione globosa più o meno considerevole (Tavola I e Tav. III fig. 1) che però non invade la poplitea che io non ho mai trovata varicosa nè di calibre eccessivo. Questa immunità della vena poplitea per la varice è singolare specialmente pel fatto che la sua forma cilindrica e le dimensioni non variano sensibilmente neanche quando diventano varicose le vene articolari e quelle che provengono dai muscoli vicini ed affluiscono ad essa. Pure in un caso nel quale trovai varicosa a forma ampollare la porzione del tronco che sta nel canale degli adduttori, la poplitea conservava la forma ed il calibre ordinario (Tav. III, fig. I a).

Questo, per sommi capi, è quanto ho potuto stabilire rispetto alle varici profonde: ma a dimostrare che la varice esterna non è che una conseguenza ed un'emanazione della varice interna debbo far rilevare che essa incomincia quasi sempre non dalla safena interna, come pensano Trendelenburg ed altri, ma da un vaso secondario e più di frequente dalle anastomotiche che sboccano lateralmente tra i muscoli posteriori e l'ossatura, o dal polpaccio stesso (Tav. II, fig. IV, tav. IV, fig. I e II) o sopra i malleoli (Tav. III, fig. II).

Le osservazioni da me fatte al riguardo furono numerosissime e seguendo il decorso di questi vasi varicosi secondari indicanti l'inizio della varice esterna fino al loro ingresso intermuscolare e sotto aponeurotico trovai che oltre l'aponeurosi, l'ectasia esterna iniziale stava in diretto rapporto, anzi era la continuazione di un vaso già spiccatamente deformato e varicoso. È quasi superfluo aggiungere che in questi casi di intercomunicanti dilatate e tortuose, trovai all'apertura del vaso, le valvole mancanti, o insufficienti o ridotte a semplici briglie. Dai risultati delle mie ricerche si potrebbe quindi arguire che la varice del tronco della safena interna non si manifesterebbe che in un periodo già avanzato della malattia formando, direi quasi, l'ultimo grado nello svolgimento del processo.

Questo per la safena interna. Riguardo alla safena esterna ecco quel che mi risulta dalle dissecazioni praticate. La varice di questa vena incomincia quasi costantemente dall'alto, al punto di sbocco nella poplitea, cioè profondamente e in questo punto prende facilmente la forma ampollare. Re-se insufficienti le valvole sottostanti, la varicosità si propaga in basso (Tav. II, fig. I e II) fino all'incontro della diramazione anastomotica, che l'unisce alla safena interna. Invadendo la varice anche la vena anastomotica, essa assume grandi proporzioni prendendo la forma di una lunga massa serpigginosa in direzione obliqua o trasversale alla gamba (Tav. II, fig. II). Come ciò avvenga è spiegabile pel fatto che

questo ramo anastomotico superiore tra le due safene ha le valvole disposte in maniera da dirigere la corrente sanguigna dalla safena esterna a quella interna e funziona quindi come canale di sicurezza o di scarico per la prima.

Se la varice della safena esterna compare più in basso, la qual cosa avviene molto più di rado, essa proviene o da una anastomotica muscolare (Tav. IV, fig. II a, e Tav. V, fig. I) o dalle peronee o tibiali posteriori già ectasiche. Dati questi fatti, vien naturale il domandarsi come reggano i ragionamenti di Trendelenburg e degli altri che vollero giustificare i metodi operativi diretti ad occludere la vena safena interna? e su che fatto si basi l'affermazione che la safena interna dilatandosi e sfiancandosi faccia diventare varicose le vene secondarie, mentre l'esame cadaverico a noi costantemente dimostrò il contrario? (Veggansi le Tavole I; Tav. II, fig. IV; Tav. III, fig. II; Tav. IV, fig. I e II nelle quali questo fatto appare evidentissimo).

Per me non è dubbio che la varice alle gambe date certe disposizioni e cause occasionali si origini e svolga come già dissi dal fatto che la contrazione muscolare ed il lavoro eccessivo ostacolano il ritorno del sangue dalle vene profonde nel tronco della poplitea: che collo sfiancamento delle pareti e delle valvole l'accumulo del sangue in detti vasi determina la varicosità nei vasi circostanti fino a che giungendo l'alterazione ai vasi comunicanti dà luogo alla varice esterna. Questo svolgimento può avvenire in una zona circoscritta, od in parecchi punti alla volta: dato il primo caso, si può spiegare come l'obliterazione di una vena esterna possa determinare la coagulazione del sangue nelle vene del territorio varicoso e la guarigione; ma nel secondo caso non so trovare spiegazioni che reggano; perchè la massa di sangue che si accumula nelle vene profonde e la grossa colonna sanguigna sempre beante della poplitea che vi preme sopra incessantemente e il nessun ritegno delle valvole obbligano inevitabilmente il sangue a riversarsi nelle vene periferiche superficiali mantenendo quel tal inzuppamento di sangue venoso nei tessuti, causa unica e diretta degli eczemi, delle piaghe, degli edemi e di tutto il resto.

Si è attribuita grande importanza a certe esperienze fatte dal Trendelenburg, dal Charrade, e, prima ancora dal Rima di Venezia per dimostrare che è sulla safena interna che s'impenna il circolo di ritorno del sangue venoso. Fatto sdraiare l'ammalato ed elevatagli la gamba fino alla perpendicolare per far rimontare tutto il sangue del territorio della safena e compresso poi il tronco di questa vena colle dita, si potrà abbassare orizzontalmente l'arto senza che i rami afferenti della safena si riempiano immediatamente; le varici non cominciano a riempirsi progressivamente di sangue che in capo ad un *mezzo minuto*.

A dimostrare quanto poco valga codesta prova, basti il considerare che mantenendosi intatta la vena femorale fino alla poplitea il riempimento delle varici profonde e poi della safena interna doveva naturalmente non essere immediato e tale da colpire l'osservatore. Se non che io feci più volte in soggetti estesamente varicosi la prova del Trendelenburg legando addirittura la safena interna in alto e mettendo poi penzolini l'arto e constatai coll'evidenza l'imme-

diato rigurgito del sangue nella safena interna per la via delle anastomotiche e dalle vene interne, non dall'alto al basso, ma viceversa.

Ove poi si rifletta che la sfianatura della safena interna nella genesi delle varici è un fatto tardivo, e che quando questo vaso è sfianato fino in alto sono anormali le anastomotiche alte e basse, non so davvero comprendere il valore attribuito da taluni a codesto esperimento.

Non parmi quindi dubbio che le condizioni anatomiche siano precisamente nei termini che mi studiai di succintamente esporre chiarendole più esattamente a mezzo dei disegni allegati: e si capirà che io abbia ritenuto logico e naturale il legare la poplitea, portando su altro campo e secondo me nella giusta sede i ragionamenti del Trendelenburg e seguaci che ho qui sopra riportati. Dopo queste premesse, sarebbe superflua ed oziosa la disamina e critica dei molti processi operativi proposti ed in uso per la cura delle varici. I fatti diranno chi sia nel vero e se io col legare la vena poplitea abbia veramente iniziato un provvedimento più logico ed efficace.

TECNICA OPERATIVA.

La legatura della vena poplitea non è operazione facile per diverse ragioni e specialmente per la profondità del vaso da legare, per i rapporti intimi che essa ha coll'arteria omonima, per le anomalie non infrequenti delle vene che alla poplitea affluiscono, ed infine per la concomitanza di altre alterazioni locali.

Prima di descrivere la tecnica operativa è quindi necessario intrattenerci brevemente su quelle parti di anatomia normale e patologica che possono avere rapporti coll'argomento di cui si tratta.

La regione poplitea che ha la forma di una losanga, fu dal Velpeau e da altri anatomicamente divisa in due triangoli con una linea trasversale sotto i condili femorali. Il triangolo superiore o femorale sarebbe formato in dentro dal muscolo semimembranoso, in fuori dal bicipite; l'inferiore o tibiale dai due gemelli. Il triangolo superiore sarebbe più grande dell'inferiore.

La pelle del cavo popliteo è fine e poco scorrevole. Tra di essa e l'abbondante strato adiposo che riempie tutto il cavo popliteo, sta un'aponeurosi molto spessa nella parte mediana e che si assottiglia sui lati ove si sdoppia avvolgendo i muscoli laterali. Il cavo popliteo nell'adulto, coi muscoli che lo limitano contenuti nei loro confini naturali dall'aponeurosi misura un diametro massimo di cm. 10 circa in senso longitudinale e cm. 5 in senso trasversale in corrispondenza alla parte superiore dei condili femorali.

Incisa la pelle e l'aponeurosi, e procedendo dall'indietro all'avanti si trova del tessuto adiposo che talvolta è considerevole; poi, involto da questo adipe il nervo popliteo che sbocando dal canale degli adduttori si divide in due rami principali, cioè, il popliteo esterno più piccolo e superficiale che costeggia il muscolo e tendine del bicipite, e l'interno più voluminoso che attraversa il cavo popliteo dall'alto in basso in direzione leggermente obliqua verso l'interno, rima-

nendo sulla linea mediana. Sotto a questo nervo, ed un poco all'interno di esso, sta la vena che a sua volta ricopre per un terzo circa l'arteria che le sta sotto ed all'avanti.

Il nervo popliteo interno è facilmente spostabile sui lati; la vena invece, come già dissi, rimane in tutto il percorso, e più specialmente nei due terzi inferiori, intimamente unita all'arteria. Questa unione è così fatta che talvolta anche sul cadavere un dissectore paziente non trova facile l'isolamento del vaso. La vena però ha pareti spesse, ed il Tillaux ed altri anatomisti dicono che questo tratto di vena non rassomiglia a nessun'altra del corpo umano.

La vena poplitea riceve nella sua metà inferiore, salvo le anomalie, la safena esterna, che talvolta per il suo volume nella tratta terminale può mascherare la prima; le vene articolari e quelle dei rami muscolari. Le anomalie della vena poplitea sono parecchie: talora è doppia, e questa duplicità può dipendere dal fatto che le vene della gamba invece di unirsi per formare la poplitea procedono indivise per un tratto più o meno esteso del cavo popliteo; oppure la vena poplitea, unica in basso, si biforca più in alto per di nuovo riunirsi prima di passare nell'anello degli adduttori, costituendo le cosiddette isole venose: ovvero ancora mentre la vena poplitea è unica e normale nei suoi rapporti coll'arteria in tutta la regione poplitea, le vene che fanno capo ad essa, cioè la safena esterna, le articolari, le gastronomie, ecc., invece di sboccare nella vena principale si uniscono fra loro costituendo dei tronchi secondari ai lati dell'arteria, e arrivando talora fino alla parte superiore della coscia.

Giacomini ha trovato un caso nel quale l'arteria poplitea era accompagnata da due vene: l'una situata al lato esterno, più grossa; l'altra al lato interno, più esile: erano queste la continuazione dei tronchi venosi tibio peroneali, e ricevendo nel loro tragitto al cavo popliteo le vene muscolari ed articolari e trovandosi in anastomosi fra loro per rami trasversali, l'arteria poplitea restava letteralmente circondata da vene nei due terzi inferiori del suo decorso al cavo del poplite; le quali vene al terzo superiore si univano ai due tronchi descritti che insieme all'arteria imboccavano l'apertura poplitea del canale degli adduttori.

Sempre nel campo della vena poplitea e sue affluenti, ricordo che la safena esterna non molto raramente si apre nella parte superiore della poplitea; qualche volta nella vena gemellare oppure in quella articolare superiore esterna, oppure non dà alcun ramo procedendo indivisa in alto, od anche terminando nelle carni della porzione breve del bicipite.

Durante le mie indagini anatomiche ebbi pure la ventura di riscontrare una anomalia poplitea complessa piuttosto unica che rara; di trovare cioè la vena e l'arteria poplitea completamente disgiunte per l'interposizione fra di esse del muscolo gemello interno di volume normale: questo muscolo invece di attaccarsi sopra il condilo interno terminava al piano popliteo femorale nella sua parte mediana (vedi nota e disegno pubblicati nel *Policlínico* 1903).

In questo caso l'arteria oltre ad essere lontana dalle vene, scorreva per un buon tratto in un canale fibro-muscolare del gemello interno.

Altro caso meno raro potei osservare nel quale la vena poplitea arrivata alla

parte alta invece di accompagnarsi all'arteria nel canale ordinario degli adduttori, se ne staccava a un tratto per imboccare un canale proprio sempre negli adduttori. Coillard trovò in un caso mancante del tutto la vena poplitea: altre volte si trovarono invertiti i rapporti tra vena ed arteria poplitee; il che, associato al fatto costante delle pareti della vena assai robuste, rende oltremodo difficile differenziare un vaso dall'altro.

Ommettendo, per brevità, di accennare alle alterazioni e spostamenti della poplitea per tumori aneurismatici, ossei, o di altro genere sviluppatasi nel cavo popliteo, passo a descrivere l'atto operativo.

Per scoprire e legare la vena poplitea possono servire di guida i diversi metodi già in uso per la legatura dell'arteria omonima. Ordinariamente si consiglia una incisione verticale mediana la cui parte centrale corrisponda alla piegatura del ginocchio. I primi strati saranno divisi (Tillaux) badando a schivare la vena safena esterna e si scoprirà l'interstizio dei gemelli che verranno separati servendosi delle dita o di una sonda scannellata. Successivamente procedendo dall'indietro all'avanti ed un poco dall'esterno all'interno si troveranno il nervo sciatico popliteo che verrà spostato verso l'interno; più sotto la vena e più profondamente l'arteria. Questo processo passa col nome di Lisfranc Paulet dice l'arteria poplitea potersi legare sia alla parte superiore nel triangolo femorale sia alla parte inferiore del triangolo tibiale. Nel primo caso si fa un'incisione di 10 centimetri che va dal punto di origine dell'arteria fino alla metà dello spazio popliteo. Jobert propose di raggiungere l'arteria al medesimo livello incidendo nella depressione che sormonta il condilo interno del femore tenendo la gamba in semiflessione e penetrando sotto la superficie profonda del semimembranoso. Giordano (Trattato di chirurgia, pag. 113) consiglia un'incisione verticale od obliqua nel popliteo, lungo il margine della tibia e dietro il condilo interno.

Trattandosi però nel caso nostro di legare la vena poplitea in soggetti varicosi, queste regole poco precise, poco concordi, non bastano; dovendosi nell'atto operativo tener presenti alcuni rilievi cui già accennai parlando dell'anatomia patologica della regione. Si disse infatti che in corrispondenza allo sbocco della safena breve e delle gemellari in soggetti varicosi, vi sono sempre rigonfiature e distensioni di questi vasi; che nella metà inferiore del cavo popliteo sono più facili le anomalie venose e l'inglobamento dell'arteria della quale sono ivi più intimi i rapporti colle vene: per cui come narra il Paulet, un abile operatore, perforata la vena poplitea nell'atto di isolarla dall'arteria, occasionò una emorragia alla quale il malato dovette soccombere. Per queste considerazioni, secondo me importantissime, io consiglio di legare la vena safena nel triangolo superiore dove essa è anche meno profonda e più lontana dalle vene articolari.

Tra le varie incisioni proposte per raggiungere il vaso io preferisco l'incisione obliqua costeggiante il margine del semimembranoso e della lunghezza di circa dieci centimetri. Con questo taglio si può facilmente spostare il nervo popliteo interno all'infuori, trovar subito la vena ed isolarla dall'arteria. È questa la parte più delicata e difficile dell'operazione, dovendo la separazione da vaso a vaso esser fatta con delicatezza e parsimonia onde colle smagliature non indebolire

in qualche punto la parete dei vasi e specialmente dell'arteria e non privarla col troppo esteso isolamento della nutrizione de' suoi tessuti che potrebbe arretrare emorragia arteriosa secondaria (vedi osservazione XVII).

Volendo quindi applicare alla vena poplitea il doppio laccio e dividerla fra questi, il che parmi preferibile ad una sola legatura, si osservi di non occupare una tratta troppo estesa e di avviluppare in seguito i vasi addossandovi i tessuti circostanti con qualche punto di cucitura profonda eseguito con filo animale.

La ferita cutanea unisco con filo di seta che tolgo in settimana od ottava giornata. Rimane con questo metodo una cicatrice riparata dalle confricazioni per la sporgenza dei muscoli interni semimembranoso e semitendinoso, e non disturbata dalla flessione del ginocchio.

Farabeuf consiglia per legare l'arteria di mettere il paziente sdraiato bocconi; ma per esperienza mia non approvo questa posizione che, oltre all'essere incomoda per la cloroformizzazione, ha lo svantaggio di lasciare il cavo popliteo più facilmente ingombro di sangue coi vasi più mascherati. Per la legatura della vena poplitea mi valgo a preferenza della posizione di fianco coll'arto da operare appoggiato al piano del letto e disteso, e l'altro un po' flessso. Il letto dispongo in modo che il campo operativo sia bene illuminato e così l'operatore può lavorare seduto e con tutta la comodità possibile. In pochi casi soltanto adopero la fascia alla Grandesso Silvestri e lo strettoio elastico. Pressochè tutti gli operati furono cloroformizzati e consiglio la narcosi perchè rende docile l'ammalato e perchè possono verificarsi sorprese ed anomalie tali da rendere l'operazione lunga e indaginosa.

Anche per la medicazione e fasciatura sono necessarie alcune avvertenze.

Se l'individuo operato ha piaghe allo stinco, ai malleoli, ed eczema in queste parti, procuro che la medicazione sia fatta in modo da scoprire queste parti, senza spostare le garze che ricoprono il luogo operato preservandolo così da possibili infezioni della ferita e permettendo di rinnovare quella parte di medicazione non pulita. Questo bisogno non si verifica che fra quattro o cinque giorni, la legatura della vena poplitea arrestando quasi totalmente l'abituale secrezione. Nel cavo popliteo, applico della garza foggiate a cuscinetto, in maniera da esercitare sulla parte una dolce compressione, che ha lo scopo di impedire infiltrazioni di sangue e di facilitare l'addossamento della pelle ai tessuti sottostanti.

Applicati sull'arto garza e cotone a sufficienza, faccio un'esatta fasciatura espulsiva dal piede fin sopra la parte operata; poi adagio l'arto in lungo semicanale di cartone e l'immobilizzo con fascie amidate. Coricato il paziente in letto, faccio mettere l'arto operato in piano inclinato con piede sollevato.

Attenendomi a queste norme, ebbi fino ad oggi, e cioè nel periodo di due anni e mezzo, occasione di operare in 26 casi, dei quali espongo con qualche dettaglio la storia, affinchè risultino chiare e persuasive le considerazioni e conclusioni che ne faccio seguire.

CASO I. — T.... T..., di anni 28, del sobborgo della Bicocca. Cuciniera, di corporatura ben sviluppata, d'abito linfatico. Tiene varici ad ambedue le gambe fino da giovinetta, quantunque non sia maritata, nè abbia avuta gravidanza. La alterazione varicosa alla gamba sinistra non fu mai grave nè molesta: per l'opposto l'arto inferiore di destra appena stesso a lungo in posizione eretta, si gonfiava e diveniva cianotico e dolente per torpore e crampi. Incapace di accudire alle sue incombenze ricorse ad altro collega che le praticò la legatura della safena interna alla coscia nel 1893.

Per un paio di mesi ne risentì vantaggio, fors'anche pel maggior riposo, poi ricominciarono le sofferenze antecendenti. Venuta nell'anno successivo (1899) in mia cura con l'arto operato teso, di color rosso-scuro, dolente, l'assoggettai al riposo, ai bagni freddi, poi al massaggio e migliorò; ma appena lasciato il letto, quantunque portasse la fasciatura ricomparvero i sintomi soliti. Insistendo la paziente perchè provvedessi con una cura radicale, mi decisi di operarla *alla Moreschi*, quantunque fosse evidente che la varice fosse prevalente nella vena del polpaccio. L'atto operativo ebbe decorso regolare e guarita la ferita la T... andò a casa rimanendo inoperosa molti mesi: poi, per parecchio tempo tirò innanzi disimpegnando alla meglio i suoi lavori.

Infine, ritornò da me dichiarandomi di star peggio che non avanti l'operazione alla Moreschi, per sentire se fosse possibile fare altro; e sconsigliatole ulteriori tentativi, ritornò a Milano dove consultò parecchi medici e chirurghi che non consigliarono altro che fasciatura e quiete.

E così si giunse agli 8 gennaio del 1902, giorno nel quale ricoverò nella mia sezione all'ospedale di Novara, essendosele riaperta nell'arto ammalato una piaga esistita già qualche anno prima.

E, come per lo passato, anche in quest'occasione la paziente non sapendo rassegnarsi al riposo forzato, tornò con grande insistenza a pregarmi di voler fare qualche altro tentativo operatorio, dichiarandosi disposta a tutto. Mi parve questa l'occasione propizia per realizzare quel che da tempo mi ruminava nel cervello e che mi era stato suggerito dai rilievi fatti studiando le varici sul cadavere; e cioè di legare la vena poplitea alla quale affluiscono tutte le vene profonde ed intramuscolari.

L'operazione fu eseguita il 13 gennaio 1902 ed ebbe decorso regolarissimo; la gamba si afflosciò rapidamente ed in capo a un mese la T... lasciò l'ospedale per ritornare dopo poco tempo alle sue occupazioni ordinarie di persona di servizio.

Rividi l'operata nell'ottobre del 1902 ed ancora recentemente; e posso dire che si ebbe un miglioramento evidente nella funzionalità dell'arto e nelle molestie locali essendo minore la tensione, e la gonfiezza al piede ed i crampi quasi scomparsi.

La T... si lagna ora di molestie alle coscie ed agli inguini, ma si deve notare che anche in questa parte ha varici numerose e grosse. È certo che, data l'eccezionalità del caso e l'insuccesso completo delle operazioni precedenti, il risultato ottenuto che si mantiene stazionario dopo più di due anni è incoraggiante a tentar altre prove.

CASO II. — F.... D..., di Serravalle. Anni 40. Dice che fin da quando fu tenuto abile al servizio militare aveva varici alla gamba sinistra, ma non lo molestavano. Da qualche anno però è disturbato da torpore, da senso di tensione al polpaccio e da formicolio al piede quando rimane a lungo in posizione eretta. La circonferenza della gamba sinistra al polpaccio è maggiore di due centimetri che non quella di destra: la pelle è lucida e tesa e palpando i muscoli gemelli si sentono di consistenza irregolare come fossero di tessuto glandolare. Non esistono ulcerazioni e la safena interna è piuttosto grossa e varicosa verso la piegatura del ginocchio.

Nello scoprire la poplitea si trovò la safena esterna che si portava in alto senza innestarsi alla poplitea: fu legata in due punti e divisa fra le legature. Anche alla poplitea fu applicato il doppio laccio e venne pure legata la vena proveniente dal gemello interno che era molto grossa ed a gozzi.

La ferita guarì per prima intenzione e dopo 15 giorni di cura, cioè al 13 giugno 1902. L'operato ritornò a casa sua. Nel luglio dello stesso anno potei rivisitare il D.... ed accertarmi che il risultato immediato ottenuto dall'operazione era ottimo, mantenendosi l'arto floscio ed assai ridotte le ectasie superficiali. Mi sono procurato altre notizie recenti e fui informato dall'egregio dottor Rossi che il D.... ha ritratto dall'operazione un rilevante miglioramento nelle funzioni dell'arto.

Detto miglioramento fu progressivo non avendo egli mai trascurato il consiglio datogli di tener l'arto fasciato e pulito e di praticarvi giornalmente un po' di massaggio ascendente. Notisi che questo operato, causa le sue occupazioni, è costretto a stare in piedi tutto il giorno. Verso la fine dello scorso marzo (1904) il D.... saputo che mi interessavo delle condizioni sue, venne personalmente a trovarmi e visitatolo potei accertarmi che il successo era completo.

Caso III — B.... F..., di anni 66, da Novara. Frequentava da molti anni l'ospedale soggiornandovi per varici estese ad ambedue le gambe. Da più di 20 anni teneva alla gamba destra una vasta piaga cronica con margini callosi irregolari che si restringeva e rimarginava anche col lungo riposo e le metodiche medicature; ma si riapriva causando anche attacchi respelatosi se egli si metteva a lavorare.

Nel 1901 gli feci parecchie iniezioni intravenose di idrato di cloralio col metodo del Porta e per tre o quattro mesi stette bene, poi la piaga si riaprì ed estese, ed il giorno 11 agosto del 1902 egli ritornò nella mia sezione allo scopo di sottoporsi a nuove iniezioni. L'aspetto quasi gangrenoso e l'odore fetente che la piaga esalava mi obbligò parecchio tempo ad una attiva medicazione disinfettante, che se valse a migliorare l'aspetto, non valse a far progredire la cicatrizzazione della piaga. Ciò mi decise a praticare la legatura della poplitea che ebbe effetto prodigioso sulla piaga che rapidamente si appianò e cicatrizzò permettendo all'infermo di lasciare l'ospedale guarito dopo soli 20 giorni dall'operazione.

Per cinque mesi il B.... stette benissimo e ritenendosi egli definitivamente guarito ed essendo miserabile, venuta in gennaio una nevicata, per guadagnarsi da vivere lavorò parecchi giorni a spazzar neve calzato con zoccoloni di legno e senza ripari alle gambe. Come è facile comprendere nella sede dell'antica piaga si formarono due escoriazioni per le quali ricoverò di nuovo all'ospedale. In quell'occasione (gennaio 1903) ripetei le iniezioni di cloralio nei luoghi ove riscontrai esservi ancora dei punti varicosi.

Al presente sono quasi due anni che gli venne fatta la legatura della poplitea ed il B.... che era cronico da circa 20 anni, si mantiene in condizioni ottime ed insperate; sebbene l'ignoranza e la miseria congiurino a suo danno. Io lo rividi nel marzo di quest'anno (1904) e trovai l'arto asciutto, sano e quasi senza varici con grande meraviglia mia e de' miei assistenti.

Caso IV. — B.... M.... di anni 35 di Serravalle Sesia nel luglio 1902 ricoverava alla mia casa di salute per grosse varici del polpaccio e della safena esterna della gamba destra. Nulla di notevole presenta la B.... nel gentilizio e nell'anamnesi remota. All'età di 14 anni le si gonfiò improvvisamente il piede destro senza cause forti molestie; e il gonfiore scomparso col riposo di 10 o 12 giorni. Poi stette bene fino alla primavera del 1901. In quell'epoca cominciò ad avvertire dei dolori nella muscolatura della stessa gamba; dolori muti e vaganti, senso di peso e di intorpidimento dell'arto, edema ai malleoli dopo essere stata un po' a lungo in piedi; ma tutti questi disturbi sparivano col riposo.

Esaminando la gamba destra, eccettuato l'ingrossamento della parte alta della safena esterna, non si vedono varici superficiali; ma si trova che il polpaccio destro confrontato col sinistro è più grosso e duro. Questo fatto scomparso nella posizione orizzontale e mercè il massaggio ascendente.

Esclusa ogni complicità lontana e fatta la diagnosi di varice profonda, si legano la poplitea e la safena esterna, operazione che riesce abbastanza facile.

Nei primi giorni la B... accusò dolore muto al piede e specialmente ai malleoli, ma fu cosa passeggera. La ferita cicatrizzò per prima, ed in quattordicesima giornata l'operata ritornava a casa.

Le ultime recenti notizie che potei avere sulla B... si compendiano in una sola parola: benissimo.

CASO V. — C... C... di anni 68, contadino di Marano Ticino, il 16 agosto 1902 veniva all'ospedale per curarsi di una varice alla gamba destra con piaga al disopra del malleolo interno. Detta piaga larga come uno scudo data da 4 anni, si era complicata due volte a respola, aveva margini callosi, pelle circostante lucente e di color nerastro. Le varici erano evidenti specialmente sul lato interno della gamba a livello del polpaccio e alla safena interna. Il C... non era mai stato assoggettato a speciale trattamento.

Nell'atto operativo avendo trovata ectasica la safena esterna nel punto di immissione nella poplitea, venne legata e tagliata fra due lacci. La poplitea non varicosa era grossa come un dito mignolo, venne pure legata in due punti distanti uno dall'altro circa 2 centimetri. Riunione della ferita con filo animale negli strati profondi e seta per i superficiali. Immobilizzazione dell'arto; prima medicazione in quarta giornata, seconda in ottava ed in questo giorno si trova tutta la piaga sopra malleolare rimarginata. Il paziente lascia l'ospedale 12 giorni dopo l'operazione.

Il C... stette benissimo fino al novembre ultimo scorso (1903) e cioè per 15 mesi. In quell'epoca abbandonata la fasciatura e trascurando ogni pulizia locale ed ogni riguardo credendoli superflui, ricomparve un'ulcerazione nell'antica sede con edema al piede. Per giustamente valutare la tarda recidiva bisogna considerare che si tratta di vecchio varicoso in stato di vera cronicità.

CASO VI. — G... G... di anni 56, fittabile presso Vercelli, il 25 agosto 1902 ricoverò all'ospedale per piaga da varice alla gamba (destra?) Questo paziente era varicoso già a 20 anni e per questo fu riformato da coscritto. Da 12 anni tiene quasi permanentemente poco sopra il malleolo interno una piaga da varice vasta, di forma irregolare e di aspetto lardaceo. Nell'anno 1896 gli fu praticata la legatura della safena interna, e riprodottasi poco dopo la piaga egli si sottopose ad altra legatura della stessa safena più in alto. Malgrado questo il vantaggio ricavatone fu affatto transitorio.

Quando nel 1902 egli venne all'ospedale il piede era gonfio, la pelle all'ingiro della piaga sottile, eritematosa: e lateralmente alle cicatrici per le legature fatte della safena, serpeggiavano altre vene varicose che ristabilirono il circolo esterno ascendente.

Anche in questo caso, legata la vena poplitea, la piaga rimarginò rapidamente, i margini si appianarono, la pelle all'ingiro assunse aspetto quasi normale; il piede e la gamba divennero asciutti e come stecchiti dimostrando con evidenza che le alterazioni affatto locali erano in rapporto non alla varice esterna ma a quella profonda.

Sei mesi dopo l'operazione il G... continuava a star bene e da quell'epoca non essendo più tornato a farsi vedere sono autorizzato a credere che il benessere continui.

CASO VII. — C... A... di anni 27 da Pallanza venne in mia cura nell'ottobre 1902. Essa narrava che le varici comparvero colla 1^a gravidanza avuta nel 1892. Sgravatasi, le varici scomparvero e la stessa cosa avvenne nella 2^a e 3^a gravidanza. Dopo la 4^a però esse rimasero evidenti alla gamba destra accentuandosi gradatamente e facendosi moleste per senso di torpore, per gonfiore facile al piede ed al polpaccio al lato interno del quale erano specialmente visibili dei gozzi varicosi. All'esame locale si riscontra oltre a questo, verso il malleolo esterno, la pelle arrossata, ispessita ed in più punti esulcerata. Questa parte era anche dolentissima ed imbarazzava l'ammalata a star in piedi ed a camminare. Il polpaccio destro ha una circonferenza maggiore di un centimetro e

mezzo che non il sinistro; e da questa massa muscolare si vedono sbucciare quà e là dei gozzi venosi ragguardevoli per volume, mentre la safena appena sopra il ginocchio ha forma e volume normali.

Praticando la legatura della poplitea, nulla si trovò di rimarchevole ed anche il decorso post operatorio fu semplicissimo. La piaga al malleolo e l'arrossamento circostante scomparvero in pochi giorni. Per facilitare l'obliterazione dei vasi varicosi sbocciati dai muscoli gemelli iniettai in essi e in diversi punti qualche goccia di idrato di cloruro che trovai sempre efficacissimo allo scopo.

Ritornata a casa e riprese le sue occupazioni di cantiniera che la obbligano a star in piedi tutto il giorno, nondimeno la C..., ancor oggi dopo un anno e mezzo, come seppi da visita espressamente fattale dall'egregio dott. Zanotti sta benissimo della sua gamba operata e non ha quasi più traccia di varici nemmeno nei punti ove erano più manifeste cioè al malleolo ed al polpaccio e nulla più risente degli incomodi che prima la molestavano.

CASO VIII. — R. G... di anni 63, del sobborgo Bicocca, entra all'ospedale il 25 gennaio 1903. Da 15 anni è sofferente per piaghe da varici alla gamba destra. Il disturbo gli fu per poco mitigato dalla legatura della safena interna e la resezione di essa all'a coscia; ma la piaga ricomparve dopo qualche mese: e quando venne in mia cura nel gennaio 1903, al terzo esterno inferiore, qualche centimetro sopra il malleolo, egli aveva una piaga di forma ovale con diametro massimo di 6 cm. e trasverso di 5; con margini a picco e fondo lurido, pelle sottile all'ingiro e nerastra, polpaccio turgido e senso di pienezza all'arto.

Il 1° febbraio 1903 fu praticata la legatura della poplitea, scoprendola nel terzo superiore del cavo. Doppia legatura, decorso regolare, ferita al poplite e piaga guarite in 12 giorni. Il R... stette bene tutta l'annata 1903, ma nel febbraio 1904, per il sudiciume, il freddo ed il lavoro, l'antica piaga si escoriò per l'estensione di un soldo: bastarono però pochi giorni di riposo ed una buona pulizia a farla rimarginare. Cosa degna di nota il fatto che la gamba è asciutta, la pelle ha aspetto sano ed il paziente dichiara che da molti anni non stette mai così bene come dopo l'operazione al poplite.

CASO IX. — M... A... falegname, d'anni 54, di Oleggio, da molti anni varicoso. Ora, da parecchi mesi, ha due larghe piaghe al lato interno e terzo medio dello stinco destro, dolentissime e secernenti icore giallastro fetentissimo. Pelle circostante arrossata, polpaccio grosso per ammassi di vene ectasiche nel suo contesto mentre la safena interna ed esterna sono piccole e rettilinee. Legando la vena poplitea si trovò che l'arteria era fiancheggiata da due vene satelliti di calibro discreto e comunicanti tra loro con rami trasversali; e che un poco più infuori della vena collaterale esterna scorreva, parallela agli altri vasi, altra grossa vena da ritenersi la vera poplitea. Sopra tutti e tre questi vasi venosi fu applicata una doppia legatura. La triplice simultanea legatura determinò un inturgidimento del polpaccio con senso di torpore che scomparvero colla fasciatura espulsiva. La riunione della ferita poplitea non avvenne nella parte centrale che tardò a rimarginarsi, ma il risultato finale fu buono. Anche le piaghe, in questo caso, non cicatrizzarono colla rapidità degli altri essendo la pelle sottile e aderente all'osso. Nondimeno ancor oggi si può dire che il vantaggio ottenuto colla legatura della vena poplitea è reale ed abbastanza stabile essendo la gamba (marzo 1904) asciutta, senza piaghe, con varici poco appariscenti.

Il M... fa uso metodicamente di fascie di flanella.

CASO X. — F.... G.... di Cressa, di anni 40 a vent'anni era già varicoso. Fa il falegname e usa appoggiarsi molto sulla gamba destra che tiene tesa e contratta lavorando. Pare che le varici si sian fatte più spiccate coll'uso della bicicletta, perchè viaggiando con questa di sovente era costretto a fermarsi a un tratto per grande torpore e tensione al polpaccio; incomodi che scomparivano quando aveva fatti quindici o venti passi a piedi.

Quattro mesi prima di venir in mia cura, e cioè nel dicembre 1902, per lieve urto riportò esulcerazione della pelle al terzo inferiore; esulcerazione che rapidamente si convertì in piaga larga come un doppio soldo e con margini rilevati. La varice era spiccata nel campo della safena interna ed esterna e sul polpaccio risaltavano gozzi venosi e gavoccioli di vene.

La scopertura della poplitea (2 aprile 1903) venne fatta al triangolo superiore legando e dividendo la safena esterna molto dilatata e sulla poplitea si applicò pure il doppio laccio. L'unione della vena all'arteria era assai intima. La ferita cicatrizzò per prima.

Due mesi dopo incontratomi col F.... mi affermò di stare benissimo e di non risentire incomodi di sorta alla gamba operata. Trascorso un anno dall'operazione ne chiesi nuove all'egregio dottor Vallenzasca; ed egli dopo averlo diligentemente esaminato, mi riferiva esser l'arto in ottime condizioni, non più riprodotta la piaga e scomparsi tutti gli incomodi non rimane che qualche traccia di varice nei dintorni della preesistente piaga. L'operato si dichiara soddisfattissimo dei risultati della subita operazione.

CASO XI. — P.... P.... d'anni 59, di Sozzago, entrato all'ospedale l'8 aprile 1903, riferiva che era già varicoso a vent'anni; ma non in tal grado da essere riformato. Prestò servizio militare, poi fece il campagnolo senza risentire disturbi fino a cinque anni fa. In quell'epoca stando un po' a lungo in piedi cominciò a risentire pesantezza alla gamba sinistra che gli si faceva tesa per gonfiore ed era sede di molesto prurito. Da sei mesi comparve anche un eczema umido, con secreto abbondante ed irritante per modo che la parte interna della gamba è di color rosso pavonazzo ed è dolentissima. Nel campo dell'eczema sono molte piaguzze della larghezza di un centesimo o poco più.

La varice si trova esclusivamente nel campo della safena interna e nella parte inferiore del polpaccio. Appena sopra il ginocchio, la safena presenta una dilatazione ampollare, ed in basso l'alterazione arriva al malleolo interno. Al 13 aprile si legò la vena poplitea nel triangolo superiore con incisione un poco all'esterno della linea mediana. Quattro giorni dopo l'operazione, medicando la gamba potei far constatare da parecchi colleghi il fatto impressionante della guarigione di tutte le piaguzze sparse nel campo eczematoso e la guarigione dell'eczema stesso. La pelle coperta da sottili esquamazioni era pallida, asciutissima. Nella parte centrale la ferita al poplite si slabrò impiegando venti giorni a rimarginare.

Presentemente il P.... continua a star bene.

CASO XII. — G.... P.... d'anni 24, agricoltore di Albonese. Entrato all'ospedale il 28 aprile l'03 racconta che alla visita di leva gli si riscontrarono tracce di varici alla gamba sinistra. Terminato il servizio militare fece domanda di essere ammesso nel personale ferroviario, ma per causa delle varici non fu ritenuto abile.

Le safene esterna ed interna non sono varicose, ma il polpaccio è di quasi due centimetri più grosso alla gamba sinistra che non a quella destra; e sulla parte posteriore più prominente del polpaccio si rileva una grossa vena serpeggiante in direzione trasversale.

Fatta la diagnosi di varice interna, il 4 maggio 1903, si legano la poplitea e la safena esterna al suo sbocco nella poplitea. Decorso regolare, riunione per prima della ferita, guarigione in quindici giorni.

Da informazioni assunte mi risulta che il G.... trovandosi in buone condizioni nella gamba operata e pressato di trovare occupazione si recò in America, dove si trova ancora in oggi.

CASO XIII. — C.... P.... d'anni 70, di Casa Vecchia (Vercalese), agricoltore, entrò all'ospedale il 18 maggio 1903. Il P.... dice che si accorse delle varici verso i quarant'anni, ma che per molto tempo non lo disturbarono. Sei o sette anni or sono cominciò ad aver prurigo molestissima alla gamba sinistra, dove colle graffiature diede luogo a diverse escoriazioni. Una di esse si allargò ed appro-

fondi divenendo sede di dolori atroci, specialmente di notte, e secernendo abbondante e fetente icore. Rimanendo in piedi la gamba si gonfia e la piaga sanguina facilmente.

All'ingresso del P.... all'ospedale detta piaga aveva la forma e le dimensioni di un rene, i margini callosi e la pelle in giro lucente e nerastra. All'esterno del polpaccio si scorgeva un grosso ed esteso gruppo di vene varicose ed anche la safena interna era evidentemente varicosa fin sopra il ginocchio. Nell'atto operativo si trovò lungo il nervo popliteo una grossa vena varicosa che venne legata e così pure la safena esterna, poco prima della immissione nella poplitea e questa ultima più in alto.

Nella medesima seduta legata con doppio laccio la safena interna alla coscia sopra il gavoccio menzionato, tagliai il vaso di traverso.

Il decorso post operatorio fu regolarissimo. Medicata la piaga tre giorni dopo l'operazione se ne trovarono appiattiti i margini e nel campo esulcerato numerose isole cutanee in via di rapida diffusione. Cessati di botto i dolori, dopo la operazione. Un mese di poi il P... ritornava a casa in perfetto ordine. Ebbi sue notizie dopo qualche mese; ma poi non mi fu più possibile rintracciarlo per aver nuove quantunque se ne fossero cortesemente interessati alcuni colleghi di Vercelli.

Caso XIV. — G... M..., d'anni 49, contadina di Vinzaglio, ricoverata all'ospedale il 13 luglio 1903 per piaga alla gamba sinistra e varici estese. Pare che le varici abbiano avute principio nella gravidanza. La piaga comparve cinque mesi prima dell'ingresso nell'ospedale.

Esaminando la gamba sinistra (la destra ha poche varici) si vedono sul lato interno anteriore dei gomitolì o gozzetti varicosi, rappresentanti sbocchi di vene intermuscolari profonde. La gamba ed il piede si fanno pesanti e gonfiano stando in piedi. La piaga risiede al terzo inferiore interno della gamba, ma anche sul dorso del piede si vede un fascio di vene varicose che s'insinuano fra la tibia ed il tendine d'Achille. L'atto operativo riuscì spiccio; l'incisione praticata in alto nel triangolo superiore del poplite ed all'interno verso il margine muscolare. La poplitea, legata, con due nodi, fu divisa fra questi e si trovò che aveva pareti ispessite. Cucitura profonda con filo animale, piccolo zaffò nel punto centrale della ferita. Decorso regolare, rapida cicatrizzazione della ferita e guarigione della piaga.

Caso XV. — N... N..., d'anni 25, di Prarolo, ricoverato alla mia casa di salute nell'agosto 1903. Il paziente di costituto sano fece il servizio militare anche due anni or sono, come richiamato. Ha però da parecchi anni varici alla gamba sinistra. Cominciarono a farglisi moleste da un anno circa essendogli formata al terzo medio anteriore, sullo stinco, una rigonfiatura bluastra che si afflosciava col riposo orizzontale. Da qualche mese questo gruppo varicoso si era fatto più prominente, duro, dolente, con arrossamento della pelle all'ingiro. Esulceratosi poi, ne uscì del sangue raggrumato, indi del sangue sciolto prendendo l'aspetto di un grosso foruncolo esulcerato e la pelle in giro fattasi gonfia, tesa, rossa, come nei casi di flemmone sottocutaneo. In tali condizioni venne in mia cura.

Dopo parecchi giorni di riposo e medicazione con bagnoli antisettici, spiccando maggiormente la varicosità della safena esterna, legai la poplitea in due punti e in modo che tra questi si trovassero le collaterali articolari. Si introdusse nell'estremo inferiore della ferita un piccolo zaffò di garza al jodoformio riunendo il resto per prima e la chiusura della ferita fu rapida. Anche la piaga allo stinco ed il tessuto infiammato circostante ebbero pronto miglioramento dalla legatura della poplitea: però la cicatrizzazione completa fu più lenta in confronto ad altri casi.

Caso XVI. — B... B..., offeliere, d'anni 22, di Novara. Fu riformato dal servizio militare per varici alla gamba sinistra, ebbe il tifo tre anni or sono, nulla presenta nel gentilizio di notevole.

Obbligato a star molto in piedi, gonfiandosigli il piede e provando senso di crampo alla gamba, fece uso della calza elastica per qualche tempo, lasciandola poi nell'ottobre 1902 a causa di una piaga larga come un soldo formatasi sopra

il malleolo interno che non cicatrizzò mai. Per questo si decise di ricoverarsi all'ospedale ove entrò il 6 luglio 1903.

Coll'esame locale si riscontra sana la gamba destra; alla sinistra nessuna varice alla safena, ma il polpaccio di una circonferenza di due cent. superiore a destro quando il paziente è in piedi. I gemelli, specialmente l'interno, si sentono più grossi tondeggianti e quasi induriti come se nel loro contesto vi fossero vene indurite. Nel praticare la legatura della vena poplitea si trovò questa in diversi punti di consistenza e di colore molto somigliante all'arteria: incisala fra due legature sopra e sotto si poté vederla irregolarmente ispessita da tessuto fibroide. Il decorso operativo fu regolare e l'esito finale ottimo. La guarigione si mantiene ancora oggi dopo circa 9 mesi dalla subita operazione.

CASO XVII. — P... G., di anni 17, di Castellazzo, contadina, nubile, ricoverata all'ospedale per piaga da varice alla gamba sinistra il 9 settembre 1903.

La P... già da parecchi anni ha la gamba sinistra varicosa e nella primavera dell'anno precedente era stata operata di legatura della safena interna già da quel tempo avendo oltre alle varici una piaga al di sopra del malleolo interno. Dopo l'operazione stette bene tre mesi; poi la piaga si riapri ed assunse proporzioni maggiori e carattere gangrenoso.

All'esame della paziente non si trova traccia di varice alla gamba destra, né causa di ostacolato circolo al ventre, agli inguini, né altrove.

Ai lati della cicatrice rimasta alla coscia per la legatura della safena si trovano due grossi vasi venosi che poco dopo averla oltrepassata si riuniscono alla safena. Nella gamba la varice è specialmente spiccata ai lati interni del polpaccio che ha circonferenza superiore a quello destro. La piaga misura quattro centimetri in lunghezza, tre in larghezza; ha fondo sporco, secreto icoroso. La ragazza è di temperatura linfatica, di mestruazioni scarse e non ha nessuna disposizione gentilizia.

Nell'atto di legare la vena poplitea trovai in quella sede un vaso venoso di minor calibro; dubitai quindi della duplicità e con ragione perchè all'avanti dell'arteria, profondamente, scorreva parallelo a quella altro vaso venoso grosso quanto l'arteria. Legai entrambe le vene con doppia legatura e questo richiese uno sbrigliamento maggiore del solito ed una dissecazione più estesa dell'arteria.

Questo spiega il fatto che in ottava giornata, quando la ferita era ridotta ad un piccolo tramite centrale entro il quale stava un tubetto da drenaggio, improvvisamente diede esito a forte quantità di sangue; tale che richiese il pronto intervento del mio aiuto il dott. Garampazzi, che, riaperta la ferita, poté constatare che nella parete dell'arteria poplitea si era prodotta un'esculcerazione. Legata l'arteria sopra e sotto la perforazione si provvide alla nutrizione dell'arto con impacchi caldi. Così non si verificarono sensibili disturbi di circolo, né raffreddamenti, né edemi. Dopo un mese di cura la ragazza era guarita e lasciava l'ospedale in condizioni soddisfacentissime.

CASO XVIII. — M. G., d'anni 51, di Albonese, venne in mia cura il 23 settembre 1903 per piaga da varice alla gamba destra. Egli era già da cinque o sei anni costretto, tratto tratto, a lunghi riposi pel riaprirsi frequente di una piaga al lato interno della gamba fra il terzo inferiore e medio e sullo stinco. La safena interna non è affatto varicosa, quella esterna è più grossa in alto; ma sopra la piaga, e verso il polpaccio, sonvi grosse vene secondarie tortuose e di calibro irregolare, evidentemente internantisi fra i gemelli.

In questo caso legai non solo la poplitea, ma la safena esterna che in alto era varicosa, e la safena interna sopra il ginocchio.

Questa triplice legatura determinò un transitorio inturgidimento delle vene della gamba, che scomparve senza inconvenienti mercè una fasciatura delicatamente espulsiva e la posizione rialzata dell'arto in estensione.

Il decorso successivo fu ottimo e buono il risultato finale. Infatti, interpellato l'egregio dott. Aguzzi in proposito, egli alla metà del marzo ultimo scorso così mi rispondeva: « Ho visitato stamani il M. e lo trovai in buonissimo stato,

senza veruna piaga, scomparse tutte le vene varicose, in una parola, l'arto operato trovasi nelle migliori condizioni.

Caso XIX. — P. P., d'anni 43, di Novara, stalliere, il 6 dicembre 1903 entrava nell'ospedale per piaga da varice alla gamba sinistra.

L'infermo racconta di aver avuto varici fino da giovane ad ambedue le gambe; varici che non le furono mai moleste a destra, mentre alla gamba sinistra appena sta un po' a lungo in piedi e si trascura, si formano piaghe ribelli ad ogni cura che lo costringono a letto.

All'esame egli presenta, tra il terzo medio ed inferiore e sopra la tibia sinistra, una vasta piaga di forma irregolare con un diametro massimo di otto centimetri, altra più piccola all'interno ed una terza al malleolo. La maggiore ha fondo sporco, granulazioni pallide, margini a picco: la pelle circostante è di aspetto eritematoso.

Migliorato lo stato locale mercè bagnoli di soluzione di permanganato di potassa, si legò la vena poplitea con doppio laccio. Riunione per prima ed in capo a quindici giorni rimarginate le descritte piaghe. Nei gomiti varicosi esterni e nella safena interna furono praticate parecchie iniezioni di cloralio e queste si obblitarono.

Recentemente, e cioè sulla fine del marzo ultimo scorso (1904), riesaminai l'operato P., trovandolo in ottime condizioni e molto contento del risultato della cura.

Caso XX. — F. G., d'anni 30, di Oleggio, domestica, ricoverò all'ospedale il 29 dicembre 1903 per varici alla gamba sinistra. Già verso i sedici anni si era accorta di avere al polpaccio della gamba sinistra delle grosse vene tortuose; ma non recandole disturbi non ne fece caso. Dopo i vent'anni, obbligata a star molto in piedi la F. cominciò a risentire del torpore e un senso di peso nell'arto, più specialmente nei periodi mestruali. Però la ragione che decise la F. a farsi curare fu la perforazione di un gozzo venoso verso il dorso del piede che l'espose a forte emorragia. Non ebbe mai piaghe, nè eczemi. Quindici centimetri sotto la rotula si scorge una vena grossa e tortuosa in direzione trasversale che sbocca dall'interno fra la tibia ed il gemello interno e che manda diramazioni in basso verso il dorso del piede; altro gruppo varicoso si vede all'ingiro del malleolo esterno proveniente dalle vene profonde. La safena interna non accenna a varicosità se non sopra il ginocchio per vasi immitenti in essa dal semimembrano e semitendinoso.

Si fece la legatura della poplitea il 4 gennaio 1904. Decorso post-operatorio regolare e guarigione per prima. L'operata dice di sentire la gamba più libera e leggiera.

Caso XXI. — R. G., di anni 61, contadino di Olengo, il 18 marzo 1904 ricoverava all'ospedale per piaga da varice. Il paziente narra che le varici alla gamba sinistra, che è quella ammalata, esistono da oltre vent'anni e che sono sempre state appariscenti, specialmente all'interno del polpaccio. Nella stessa località negli anni scorsi per due volte si formò una piaga che stentò assai a rimarginare.

La gamba è sede di crampi, di torpore e di peso; incomodi che scompaiono facilmente e prontamente appena egli possa sdraiarsi e stare in riposo. Verso sera al piede, nella regione malleolare compare spesso un poco di edema.

Nell'atto dell'esame, fra il terzo inferiore e medio della gamba dal lato interno sopra la tibia, sono due piaghe circolari, vicine, della larghezza di un soldo, a margini taglienti e fondo rosso cupo, circondate da pelle rossa, lucente e dolentissima. Da queste piaghe in su, fin presso il condilo interno si trovano gomiti di grosse vene varicose fra di cui scorre la safena pure ectasica ma non tortuosa, con diverse rigonfiature nel suo decorso che corrispondono, pare, ad affluenti. Intorno ai malleoli non si vedono varici.

Il 21 marzo si fa la legatura della poplitea col solito procedimento senza

nulla rilevar di notevole nell'atto operativo. La parete del vaso legato appare bianchiccia per ispessimento fibroso. Vennero applicati due lacci tagliando fra di essi il vaso. Il 27 si levarono i punti di cucitura trovando la ferita rimarginata, tranne nella parte centrale ove era stato collocato un piccolo zaffo di garza, al jodoformio. Delle due piaghe, una è guarita. L'altra è ridotta alla larghezza di un centesimo ed ha aspetto buono. Ai primi di aprile il R... lasciava l'ospedale guarito.

CASO XXII. — M... A., di anni 62, contadino, di Vespolate. Entrato il 26 marzo 1904 con varice alla gamba sinistra e piaga. Narra il M. di esser varicoso da oltre vent'anni senza risentire speciali incomodi fino a tre anni or sono; epoca nella quale irritatasi la pelle in seguito a prolungati lavori campestri in risaia, si formò la piaga. Egli la portò parecchio tempo, ma non chiudendosi ricoverò all'ospedale ove rimase più di un mese. Rimarginata la piaga stette bene per un anno: ma essendosi in seguito di nuovo riaperta fu obbligato al riposo ed a ritornare all'ospedale. In questi ultimi anni la gamba sinistra era sempre un poco gonfia alla sera.

Alla visita si riscontrò una piaga larga come uno scudo fra il terzo medio e l'inferiore interno della gamba a ridosso dello stinco, con pelle all'ingiro sottile, lucente che dimostra il male aver già lasciate tracce profonde.

La varice è spiccata alla safena esterna, grossa specialmente in alto; ma per anastomotica muscolare a metà decorso, anche in quel punto è sensibilmente più grossa del naturale. L'anastomotica trasversale superiore non è visibile.

L'atto operativo della legatura della vena poplitea fu eseguito il 28 marzo 1904. In questo caso essendo spiccatamente varicosa la safena esterna con dilatazione ampollare all'imbocco della poplitea, si dovette maggiormente prolungare l'incisione in basso. Tanto alla poplitea che alla safena esterna fu applicato un doppio laccio ed i vasi vennero divisi fra le legature constatando che ambedue le vene avevano pareti molto ispessite. Essendo il paziente magro, fu facile la scoperta della vena, ma non così l'isolarla dall'arteria essendo l'unione resa più intima per l'ispessimento flebitico.

Medicazione solita.

La piaga guarì in una settimana con cicatrice solida e bella, ed anche il colorito nerastro della pelle circostante scomparve.

La ferita poplitea si slabrò in qualche punto, superficialmente e perciò il paziente rimase all'ospedale fino al trenta dell'aprile successivo. Le varici sotto cutanee cui avevamo accennato non erano più visibili quando l'operato lasciò l'ospedale.

Altri ammalati con varici alle gambe furono dal mio aiuto l'egregio dottor Garampazzi curati colla legatura della vena poplitea, ed in tutti e tre i casi i risultati prossimi e remoti riescirono favorevoli al metodo da me proposto.

Dopo consegnato il manoscritto per la stampa mi occorre curare certo G. M. di Albonese, d'anni 73, per piaghe da varici estese circolarmente e gravissime tanto da far pensare all'amputazione della gamba. Colla legatura della vena poplitea il risultato fu superiore ad ogni aspettativa.

Esposta la storia di tutti questi casi vediamo ora cosa scaturisca dall'esame analitico dei medesimi. Innanzi tutto faccio rilevare il numero non indifferente delle osservazioni in cui sono rappresentanze di ambo i sessi e delle età più disparate, dal giovane ventenne al vecchio settantenne. Si noti pure che la maggior parte dei pazienti erano vecchi ed assidui clienti dell'ospedale i quali, oltre alla varice avevano piaghe più o meno estese, eczemi ed altre complicanze. Molti degli operati esercitavano una professione che li obbligava a star in piedi a lungo (stalliere, cameriere, contadino, oste, ecc.); non pochi erano di condizione miserabile, quindi nell'impossibilità di risparmiarsi e di usar le cure necessarie

per la nettezza e protezione dell'arto già gravemente compromesso da guasti precedenti alla pelle, al cellulare sottostante ed ossatura; e, direi anche, da precedenti atti operativi impropri. Eppure non un esito letale, guarigione per prima della ferita poplitea in ventiquattro casi sopra ventisei ed in un caso solo una complicità, cioè la perforazione dell'arteria e l'emorragia secondaria tardiva in decima giornata spiegabile oltre che per il soggetto linfatico per la dissecazione estesa dell'arteria, resa necessaria dalla duplicità della vena poplitea e dal piccolo ascesso formatosi nell'ambito della quadruplice legatura. Se oltre a ciò si tien calcolo, per valutare l'importanza dell'atto operativo, dell'abbondanza dell'adipe che si deve smuovere, della profondità della ferita, e di altre considerazioni, bisogna convenire che il risultato operatorio fu soddisfacentissimo ed incoraggiante.

Dalle storie esposte risulta che in alcuni casi nei quali l'alterazione varicosa era avanzata e sconfinata, praticai non solo la legatura della poplitea della safena esterna, ma anche dell'interna: e che in qualche caso praticai delle iniezioni di idrato di cloralio colle norme insegnate dal Porta, agli sbocchi delle anastomotiche; e non esito a dichiarare che questi mezzi, come coadiuvanti, nei casi indicati sono consigliabili. Per i sintomi riscontrati nell'osservazione XVIII quantunque affatto transitorii, non crederei però come già dissi, consigliabile la contemporanea legatura dei tre tronchi venosi della gamba; cioè della poplitea e delle safene esterna ed interna: ma più prudente di riservare, occorrendo, la legatura delle satene interne o le iniezioni di idrato di cloralio ad una seconda seduta ed a ferita poplitea rimarginata.

Vollì rilevare tutto questo perchè anche ragionando dal punto di vista anatomico poteva sussistere qualche dubbio sull'innocuità della legatura di una vena tanto ragguardevole come la poplitea. Ed il Giacomini che sulla materia della circolazione venosa alle estremità inferiori si dimostra veramente maestro, parlando della vena aberrans di Krause o vena anatomica di Hyrtl atte a favorire la circolazione venosa della coscia aggiunge: « Così ancora in tali casi il chirurgo potrà liberamente praticare l'allacciatura della parte superiore della vena poplitea..... senza osservare gli inconvenienti gravissimi che nascono generalmente dalla alterazione rapida del principale tronco venoso dell'arto ».

Nel licenziare i miei operati raccomandai a tutti la nettezza dell'arto e l'uso moderato di esso; e di portare sempre di giorno una fasciatura di flanella praticando mattina e sera un delicato massaggio ascendente. Questi consigli però furono da pochi, e solo sui primi tempi seguiti: nondimeno abbiamo qualche caso operato da oltre due anni in cui la guarigione si mantiene stabile come ho potuto constatare personalmente o per mezzo di colleghi che me ne informarono dopo avere accertato il fatto. Noto che la guarigione od il miglioramento non furono limitati alla scomparsa delle piaghe e disturbi locali, ma sibbene al punto di ritrovare due anni dopo l'operazione asciutta e senza varici una gamba che prima era costantemente edematosa ed impiagata. Non si può certo pretendere che nei casi di alterazioni trofiche, ateromasia estesa e cicatrici vaste formate da sottilissima pelle non abbiano a ricomparir avarie in seguito ad incuria o

strapazzi; e nemmeno si potrà sognare che un atto operativo qualsiasi possa eliminare l'abito varicoso o varicismo: ma, a parità di circostanze, in seguito al numero di osservazioni raccolte, mi sento autorizzato ad affermare che nessuno dei metodi operativi più accreditati ed in uso fin qui (che da me pure furono ampiamente sperimentati) mi diede risultati dimostrativi così evidenti e duraturi, quanto la legatura della vena poplitea.

Siccome nel praticare la legatura della poplitea si sposta il nervo corrispondente, qualcuno potrebbe dubitare (Chipault) che il pronto miglioramento, più che dalla legatura della vena, dipenda dallo stiramento del nervo, io faccio osservare che lo spostamento del nervo è facile, nè solitamente si fecero sensibili stiramenti sul medesimo.

Più sopra ho già accennato alla rapida scomparsa di certe complicanze delle varici mercè la legatura della vena poplitea, ma questo miglioramento è così prodigioso in alcuni casi da meritare speciale rilievo. I margini delle ferite già callosi e rialzati appena quattro o cinque giorni dopo appiattiti ed in piena attività di riparazione cicatriziale; isole epidermiche e granulazioni di ottimo aspetto sulla piaga, secrezione limitatissima. pelle circostante afflosciata e impallidita: infine, indolora la parte esulcerata e le circostanti che prima erano sede di forti molestie. Questo rapido cambiamento in meglio non si può attribuirlo ad altro che alla sottrazione del sangue venoso colà stagnante e proveniente dalle varici sottostanti e circostanti; ed è questa una nuova prova in favore della legatura della poplitea come provvedimento razionale ed efficace.

La cicatrizzazione avviene più lentamente quando le piaghe sono sulla tibia e la pelle è aderente all'osso; però anche in questi casi la guarigione è sempre più rapida che non sia colla legatura della safena e colla solita medicazione locale. Si noti, che dopo la legatura della poplitea io mi limitai per la medicazione delle piaghe e di altre complicazioni a spolverare la parte di xeroformio, e rimanendo poi delle squame epidermiche essiccate aderenti alla pelle, ne facilitai il distacco con semplici spalmature di glicerina borica.

È già stato osservato che l'esistenza di piaghe nei varicosi non è sempre in rapporto alla quantità e grossezza delle varici, ed è vero. Già Vernheil ha dimostrato che la piaga sta in rapporto alla varice profonda più che alla superficiale; e che ciò sia lo proverebbe il fatto che le piaghe da varici hanno, si direbbe quasi, pochi punti fissi; e cioè i malleoli ed il terzo medio interno della gamba, sede costante delle anastomotiche colle tibiali posteriori dove è quindi più fitta la rete varicosa che rende più facile la vulnerabilità dei tessuti.

Compiuto il compito prefissomi di dimostrare che le varici alle gambe incominciando profondamente, meglio si provvede alla loro cura legando la vena poplitea, aggiungerò che la cura riuscirà tanto più efficace e completa, quanto più presto si provveda; ben inteso dopo avere mercè attento e diligente esame del paziente diagnosticato il male. Il sollecito intervento, nei casi di varici alle gambe, e specialmente per le persone che dalla condizione sociale o professione sono obbligate a star molto in piedi, credo raccomandabile pel fatto che a malattia avanzata lo stato dei tessuti, dei vasi e specialmente della pelle restano

talvolta compromessi in modo da rendere insufficiente la cura più razionale. Comunque, un intervento opportuno non tardivo risparmierà al paziente giorni e mesi di degenza, gli eviterà il pericolo della complicità di flebiti, emorragie interne ed esterne, resipole, eczemi ed altre noie.

A ben raggiungere l'intento di una cura efficace, e per fare una conveniente selezione dei casi da operare, converrà ricordare che parecchi individui divengono varicosi in seguito a disturbi polmonari o cardiaci; che la sifilide e certe malattie infettive facilitano la varice, ma controindicando l'operazione.

Le varici alle gambe sono facilmente diagnosticabili anche prima che si facciano esterne, quando si tratti di persona sana. Se l'individuo si stanca presto nel camminare ed è costretto a fermarsi qualche istante; se accusa senso di peso dopo esser stato a lungo in piedi o dopo una corsa; se accusa crampi al polpaccio, punzecchiamenti passeggeri e nevralgie. Segno molto importante di varice è pure l'inturgidimento improvviso del polpaccio con sintomi flogistici per avvenuta emorragia interstiziale od attacco flebitico. Quasi istintivamente le persone con varici profonde sono spinte a sdraiarsi e sollevare l'arto varicoso, e stando in piedi hanno facile l'edema all'ingiro dei malleoli. Misurando la circonferenza dei due polpacci in un dato punto quasi sempre si riscontra una differenza sensibile in più nell'arto varicoso e palpeggiando la massa dei muscoli gemelli e solei, se vi è varice, si ha la sensazione di infossature e di rialzi cedevoli alla pressione come di cosa spugnosa. Se questi sintomi si ritrovano tutti od in parte senza che altrove (coscia, ventre, ecc.), vi sieno ragioni che valgano a spiegarli, con grande probabilità si potrà far la diagnosi di varice profonda.

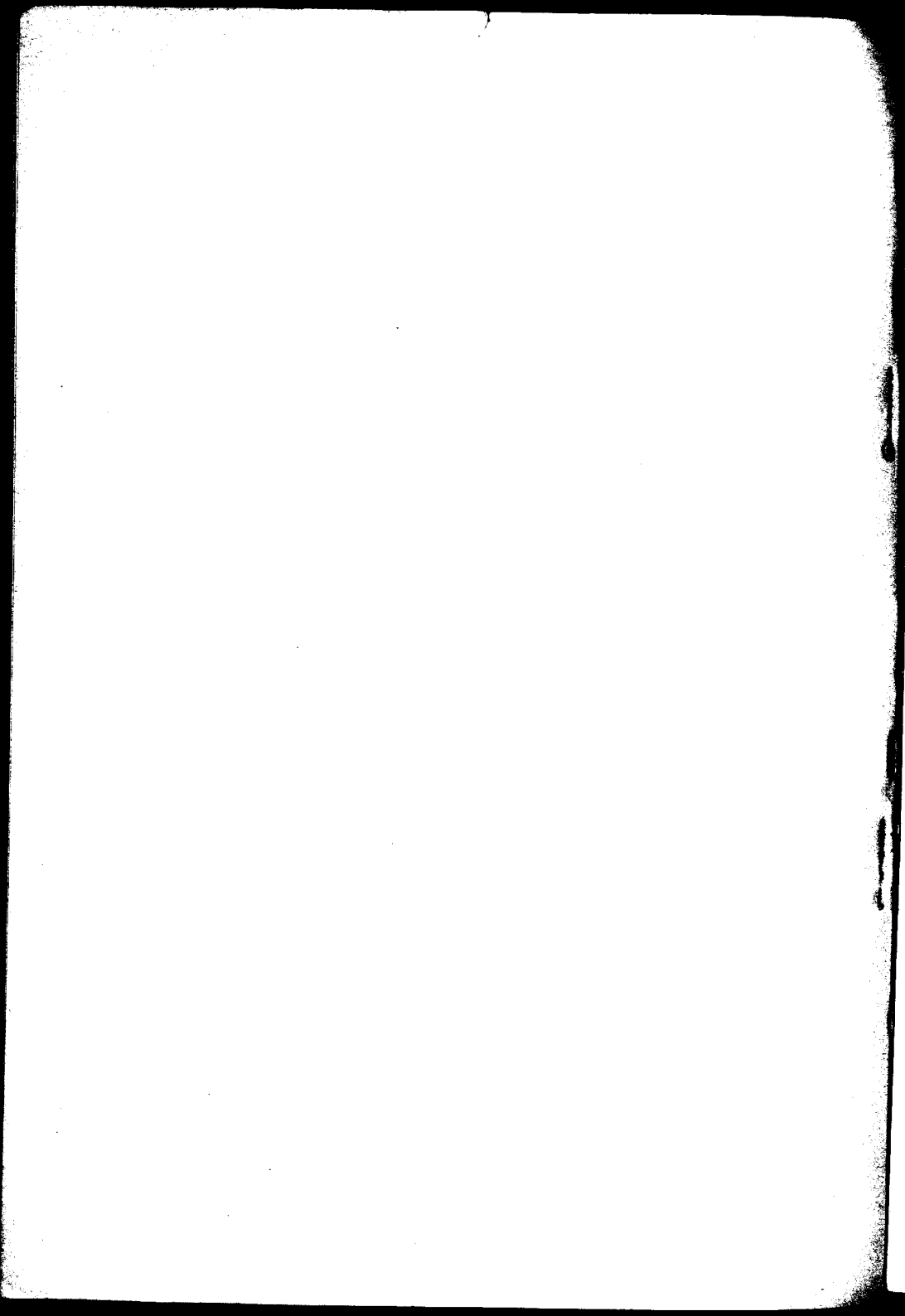
Ed ora è tempo di concludere. Quenu scrisse che « si ha l'abitudine di descrivere un trattamento che ha pretesa di essere curativo, e consiste nel provocare con un mezzo o l'altro, l'obliterazione delle vene o piuttosto di un gruppo di vene varicose. Infatti, non si agisce coll'operazione se non sulle vene superficiali; noi sappiamo che, in generale, la loro alterazione comporta quella delle vene profonde; ma quand'anche fosse limitata alle vene sottocutanee la flebo-sclerosi non potrebbe venir considerata come circoscritta ai segmenti venosi sui quali si porta l'azione chirurgica; dunque, non si cura che una parte del male, si rimedia mediante un'operazione ad alcuni accidenti, se ne prevencono altri: ma è esagerazione il concluderne che si è ottenuta la guarigione radicale delle varici. Il trattamento operatorio non è, e non può essere che palliativo ».

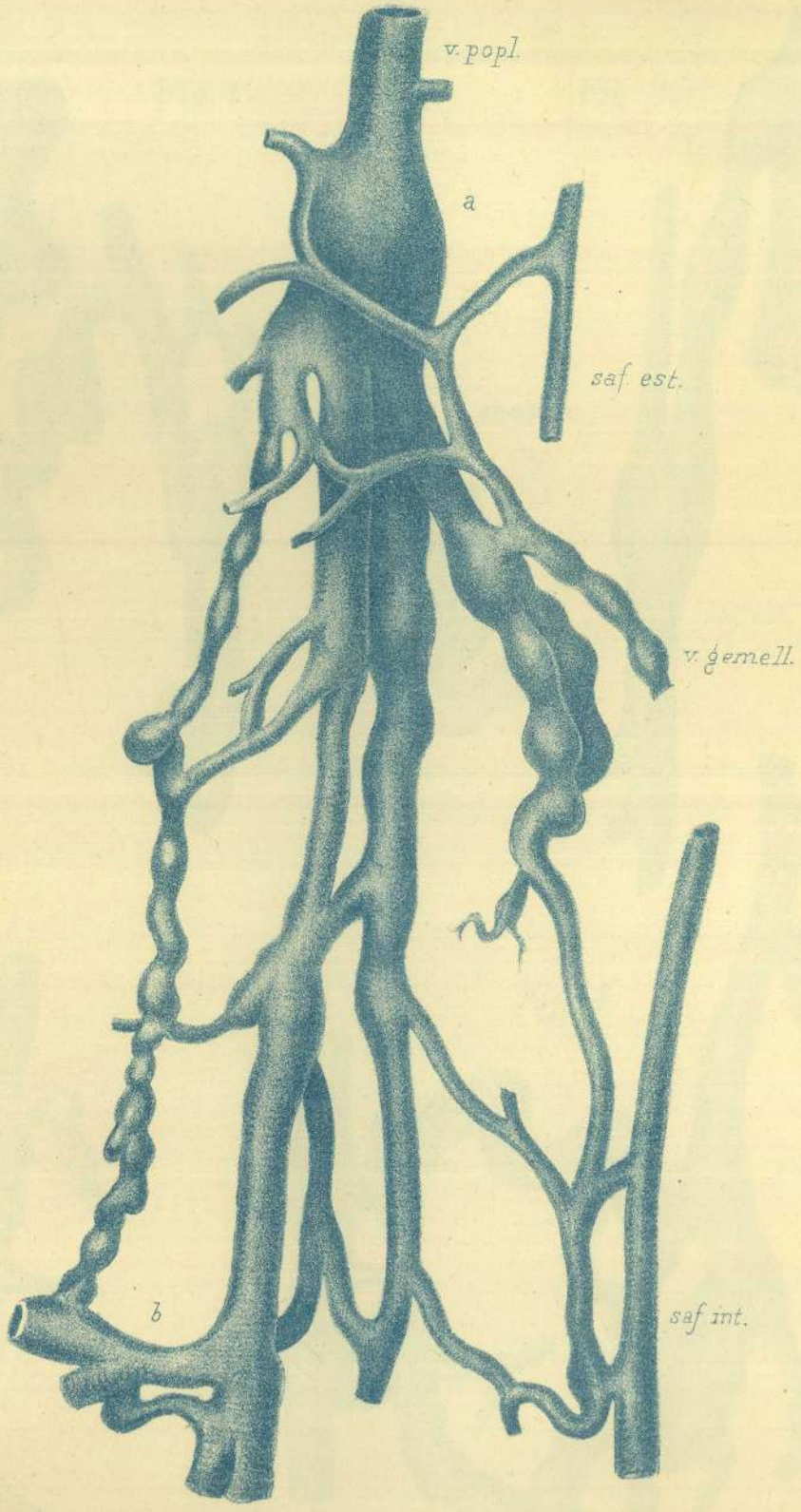
Schwartz è dello stesso avviso, ed aggiunge: « Certamente noi possiamo arrivare alla soppressione di tale e tal'altra varice incomoda e dolorosa; grazie ai benefici dell'antisepsi possiamo agire con sicurezza sulle vene senza timore di quegli accidenti che avevano posto in discredito gli antichi processi di cura radicale delle varici; ma otteniamo noi la guarigione dello stato varicoso? Quasi mai, bisogna dirlo; e questo si spiega quando si consideri che le varici sono il più delle volte superficiali e profonde. I nostri mezzi di cura si limitano ai vasi accessibili, i profondi ci sfuggono ».

Giacomini, quale conclusione delle sue preziose ricerche sulle vene delle gambe e delle applicazioni chirurgiche che se ne sarebbero potuto trarre con fine

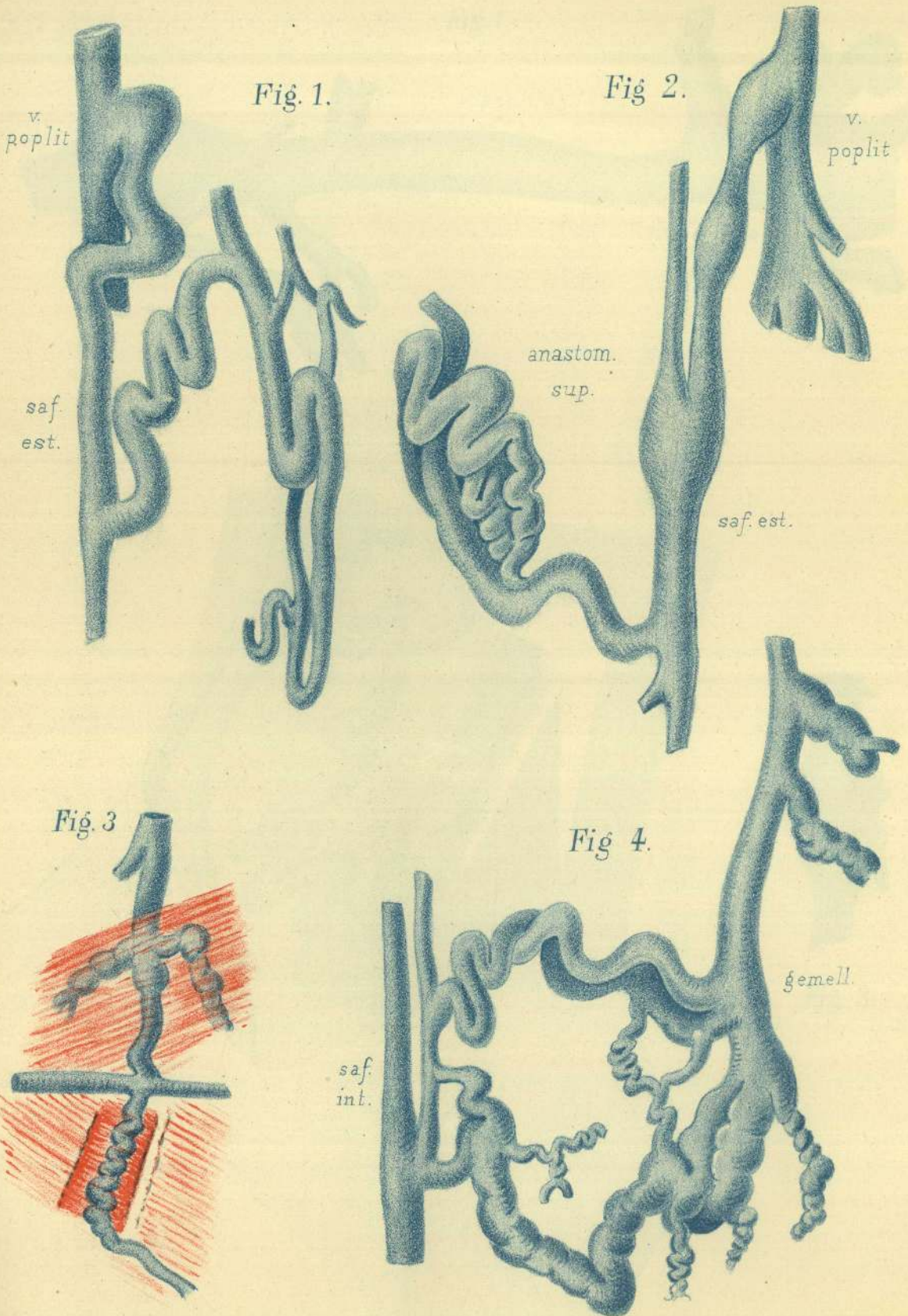
preveggenza, scrisse: « Per agire direttamente e con qualche speranza di successo sulle vene superficiali, per impedire che queste allorquando si trovano dilatate e varicose facciano sentire la loro azione sui tessuti circostanti producendo infiltrazioni e corrosioni, è necessario (non potendo fino ad oggi operare sui vasi venosi profondi) che tutti i nostri mezzi chirurgici sieno rivolti ai vasi anastomotici ».

Io, coi fatti anatomici alla mano, specificate le precedenti ricerche, ho dimostrata la possibilità e la praticità della legatura della vena poplitea non solo come atto operativo, ma come mezzo curativo opportuno ed efficace, corredando la mia proposta con una serie di casi clinici veramente incoraggiante. Nutro quindi la fiducia che il mio lavoro non sia inutile ma valga ad incoraggiare i colleghi a farne tema di ulteriori ricerche ed esperimentazioni.









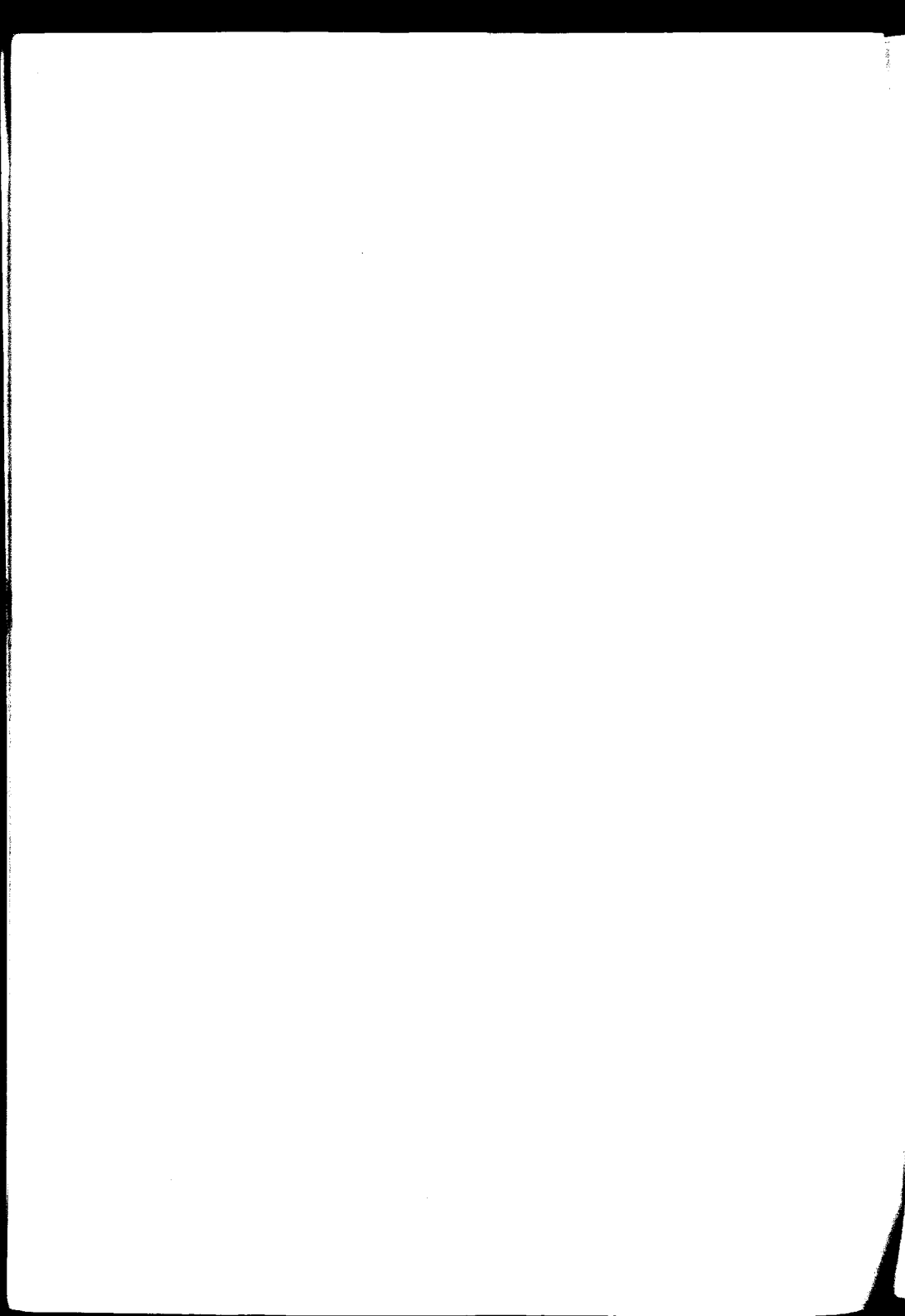


Fig. 1.

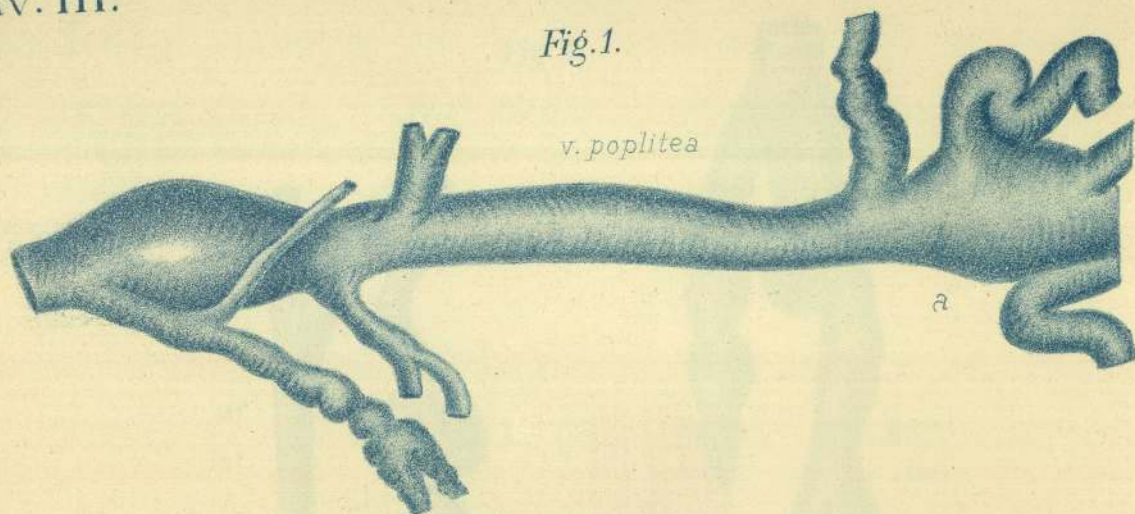


Fig. 2.

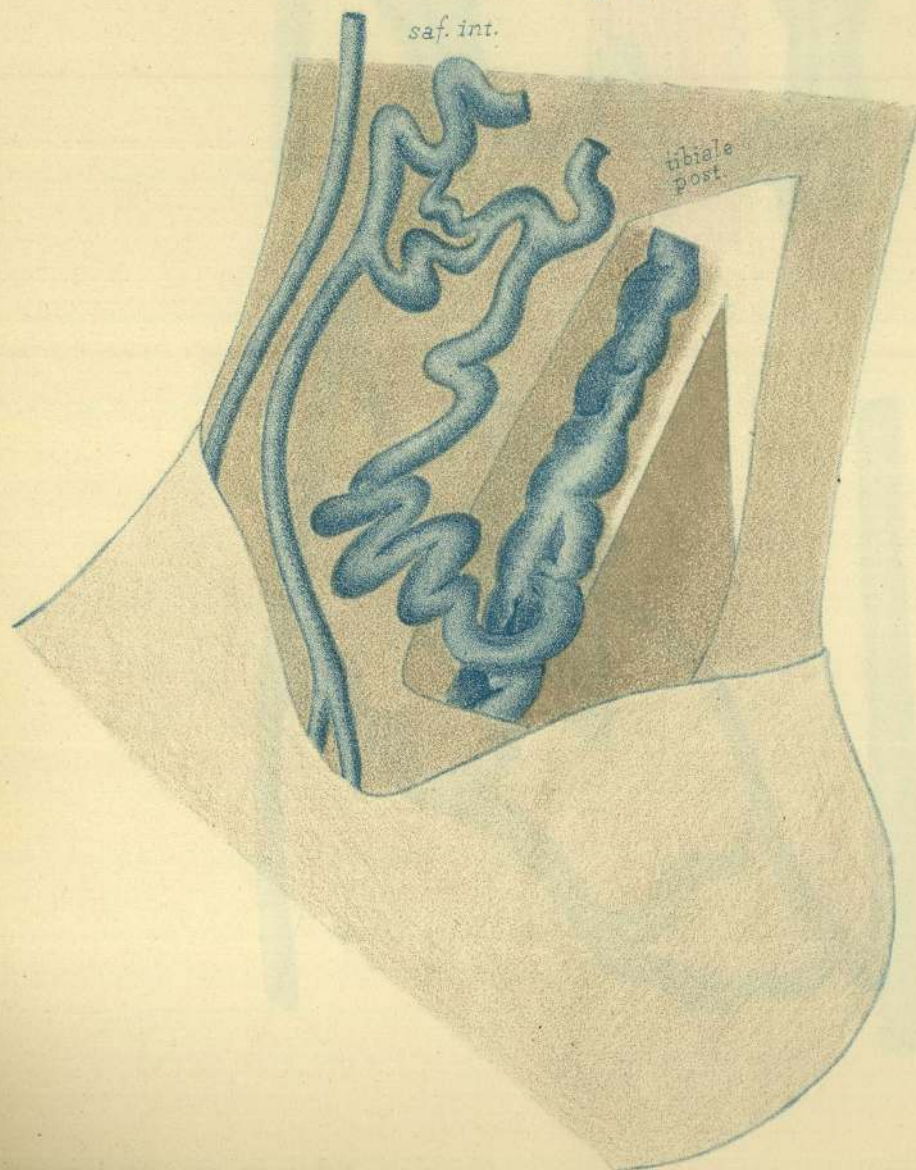


Fig. 3.

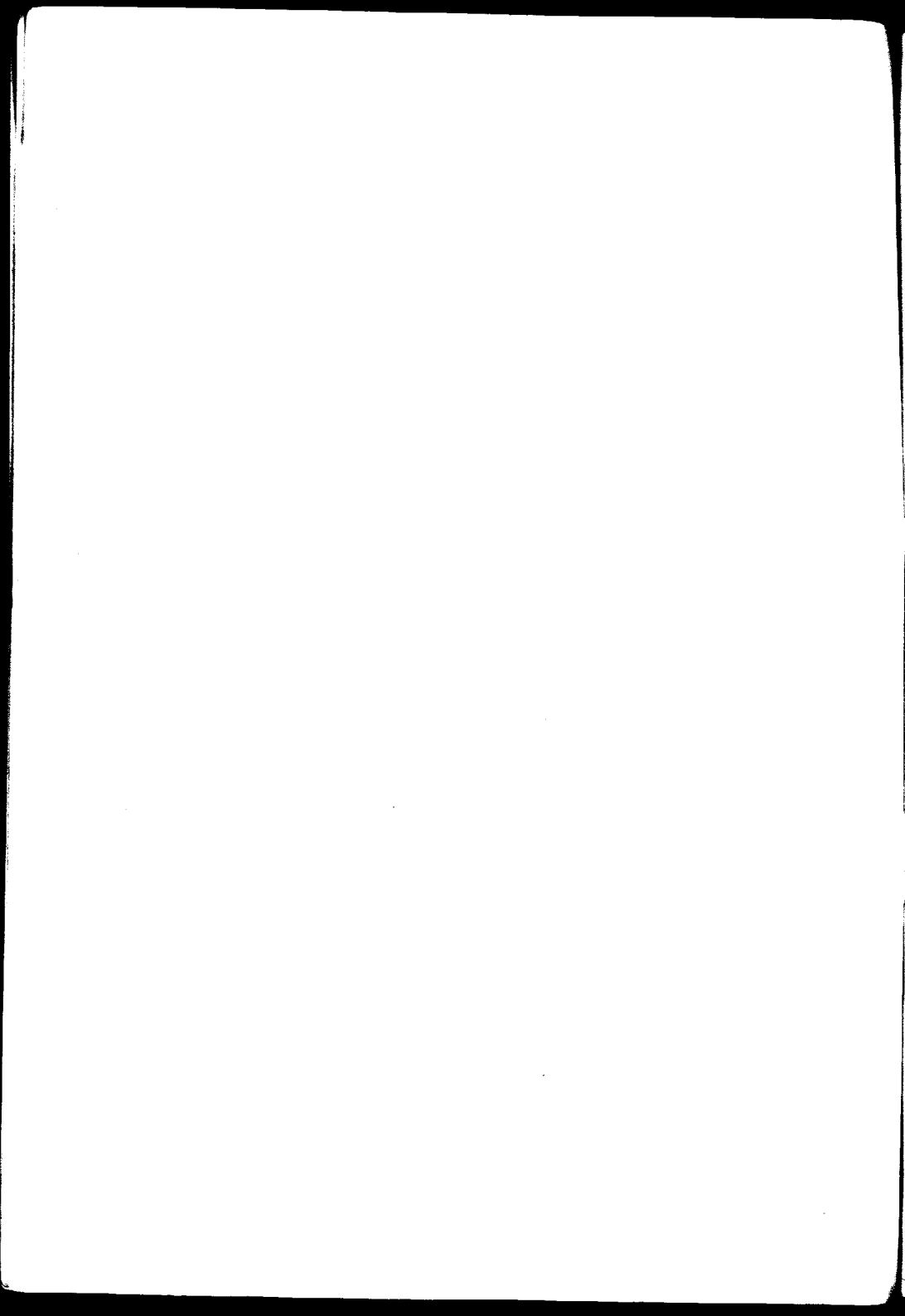


Fig. 1.

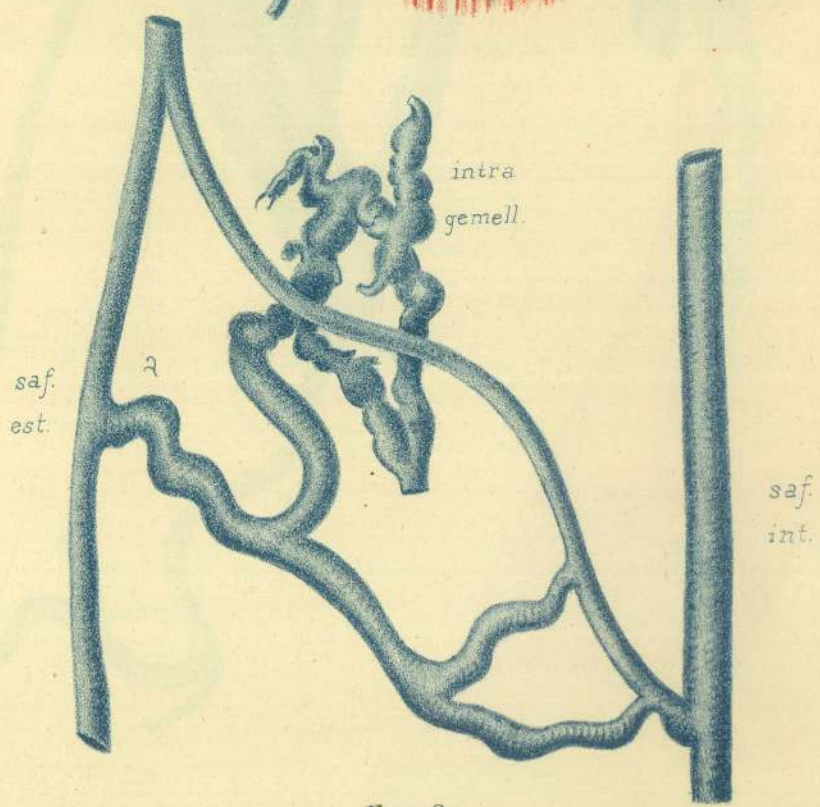
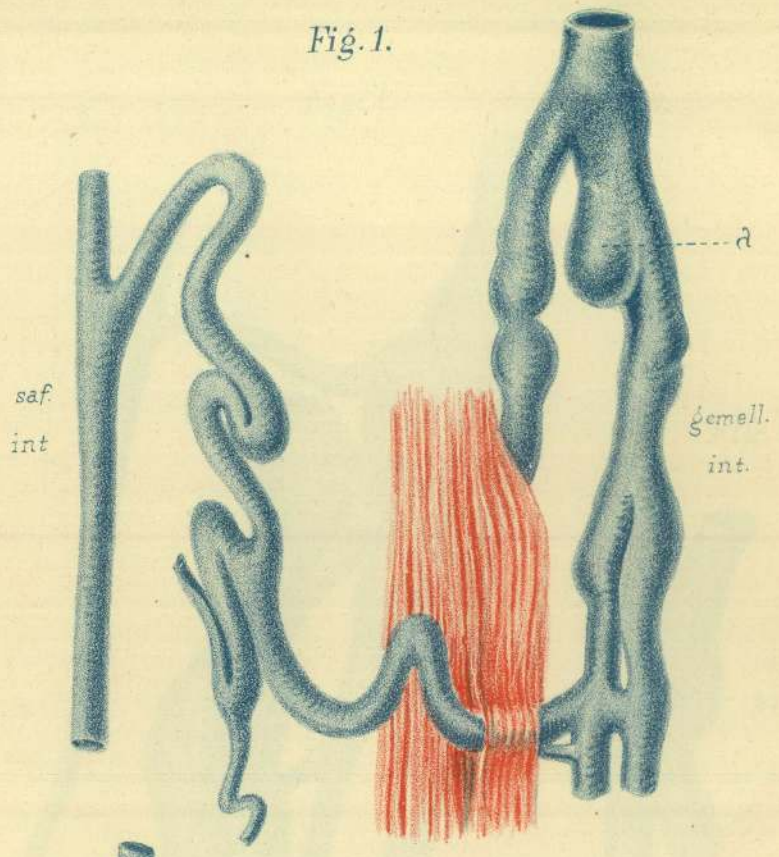


Fig. 2.

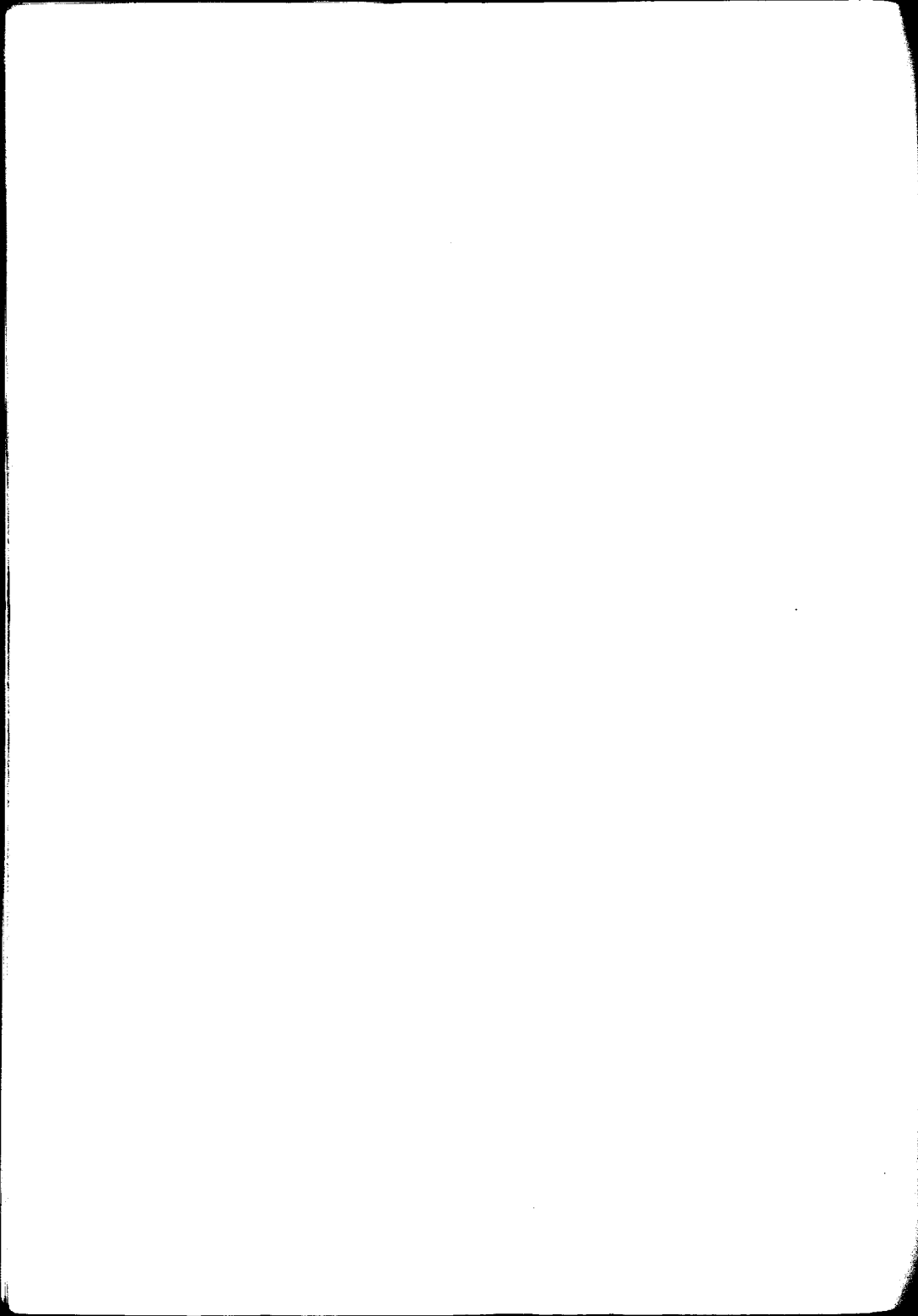


Fig. 1.

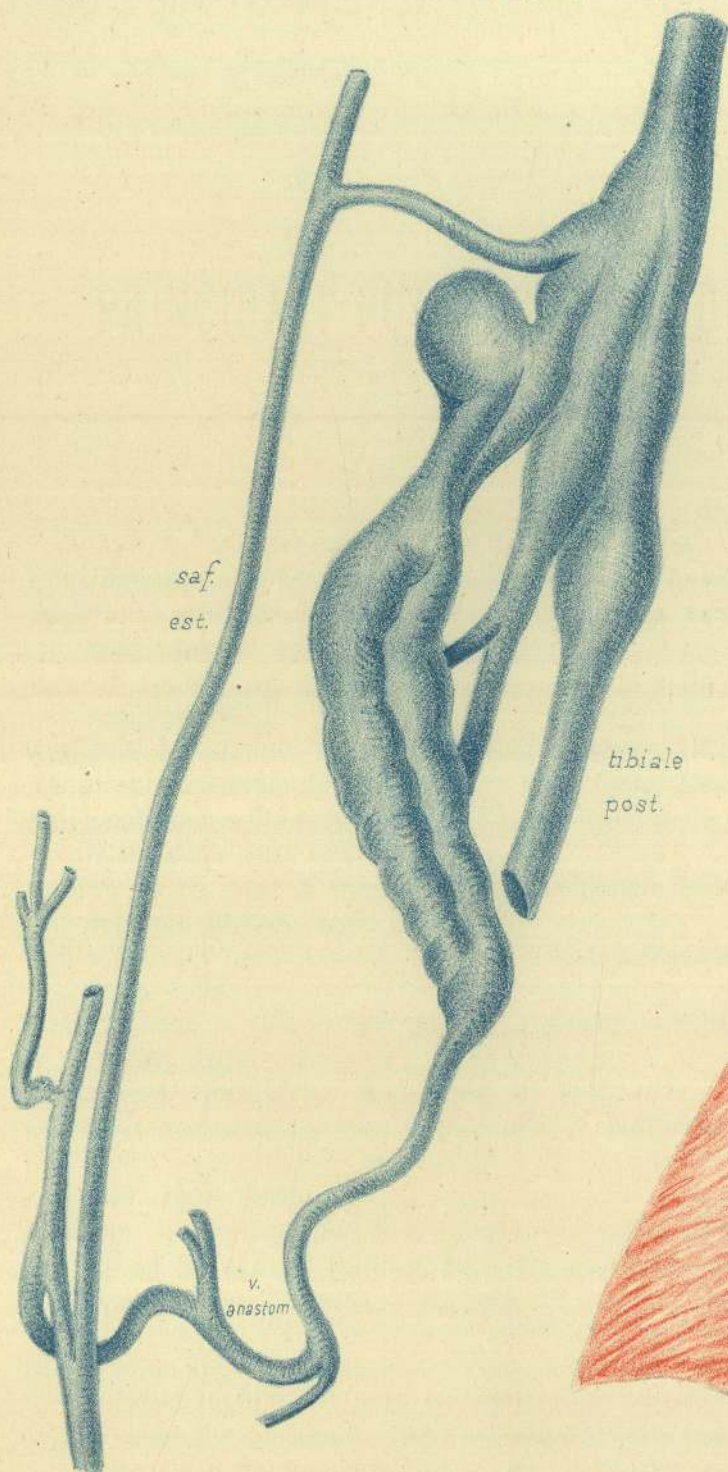
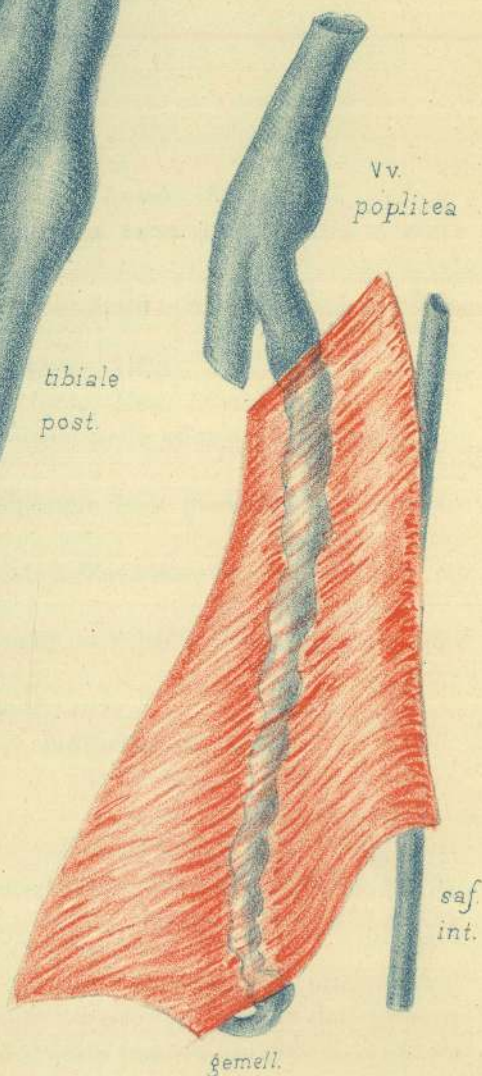


Fig. 2.





PRINCIPALI PUBBLICAZIONI DELL'AUTORE

— 276 —

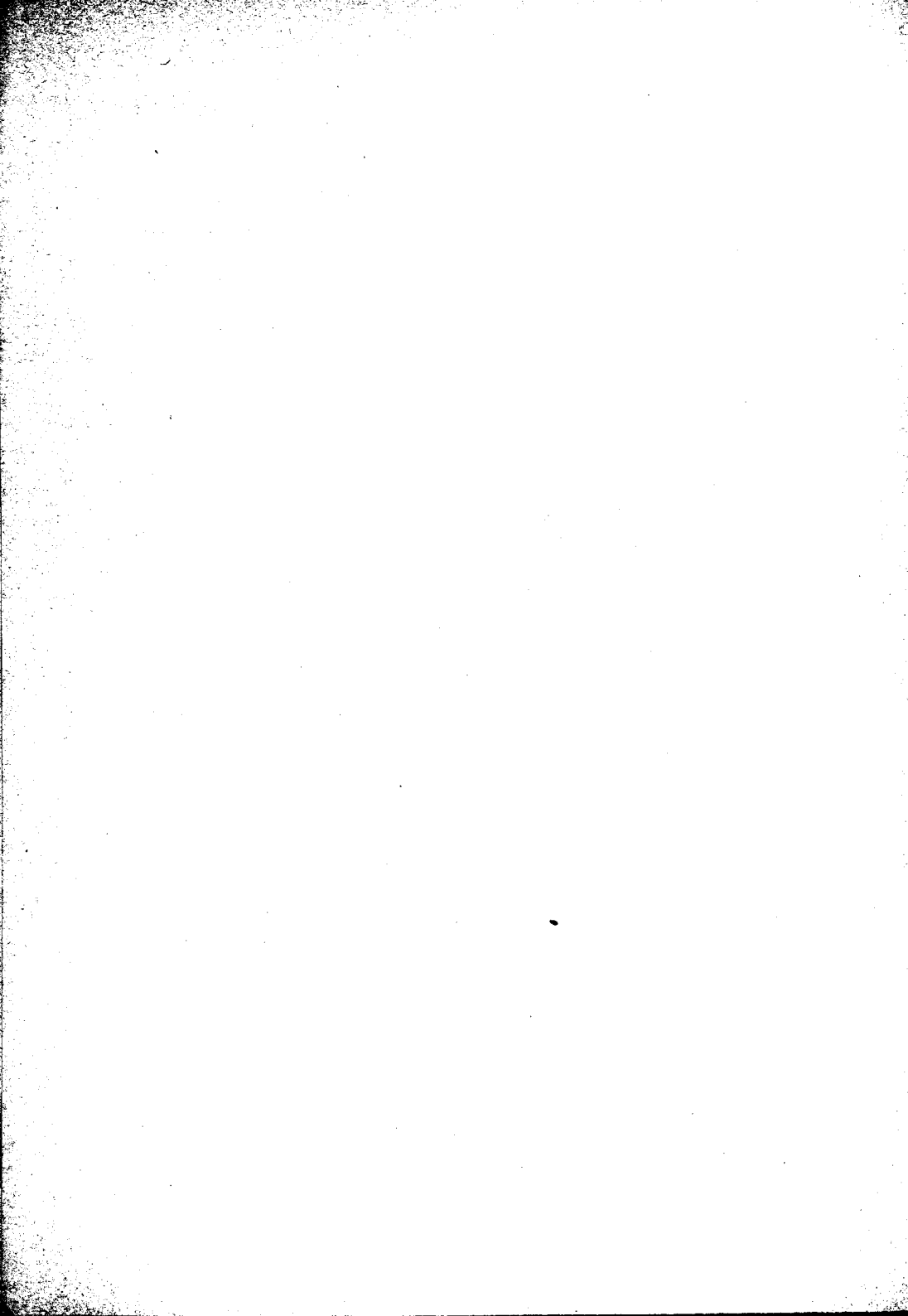
- Contribuzione alla terapia del gozzo. *Gaz. Med. Lomb.* 1872-73.
- Imperfetta erezione del pene per varicosità della vena dorsale. *Giorn. delle mal. veneree*, 1873.
- Caso di spasmo del collo della vescica guarito colla cistotomia. *Riv. Clinica*, Bologna, 1873.
- Angioma del glande. *Giorn. delle mal. veneree*, 1873.
- Rendiconto biennale di clinica chirurgica. *Gazz. Med. Lomb.*, 1874.
- Del jodiformio nelle ragadi all'ano e del cloralio nelle affezioni blenoragiche. *Giorn. delle mal. veneree*, 1874.
- Intorno ad un caso di spina bifida e guarigione della medesima col metodo del prof. Rizzoli. *Ann. Univ.*, 1876.
- Dell'oncotomia negli ascessi profondi diffusi dell'avambraccio. *Ann. Univ. di Med.*, 1876.
- Contribuzione ai tumori rari per la loro sede — TIZZONI e PARONA. *Ann. Universali*, 1877.
- Annotazioni chirurgiche. *Ann. Univ. di Med.*, 1877.
- Chirurgia conservativa. *Osserv. pratiche — Indipendente*, 1878.
- Dell'aspirazione capillare dei liquidi e di un nuovo apparecchio aspirante. *Ann. Univ.* 1878.
- Di alcuni tumori rari per la loro sede — PARONA e TIZZONI. *Ann. Univ.*, 1878.
- Intorno ad un caso di frattura del collo anatomico dell'omero con lussazione di quest'osso, ed altro di frattura del condilo esterno dell'omero e sua fuoriuscita da ferita delle parti molli. *Indipendente*, 1879.
- Di un voluminoso sarcoma alla regione sotto-clavicolare sinistra, interessante la quasi totalità del gran pettorale, con ascesso nel centro del tumore ed infezione purulenta. Esportazione del detto tumore unitamente al gran pettorale e risultamenti che se ne ottennero — Relazione fatta alla R. Accademia di Torino, 1878.

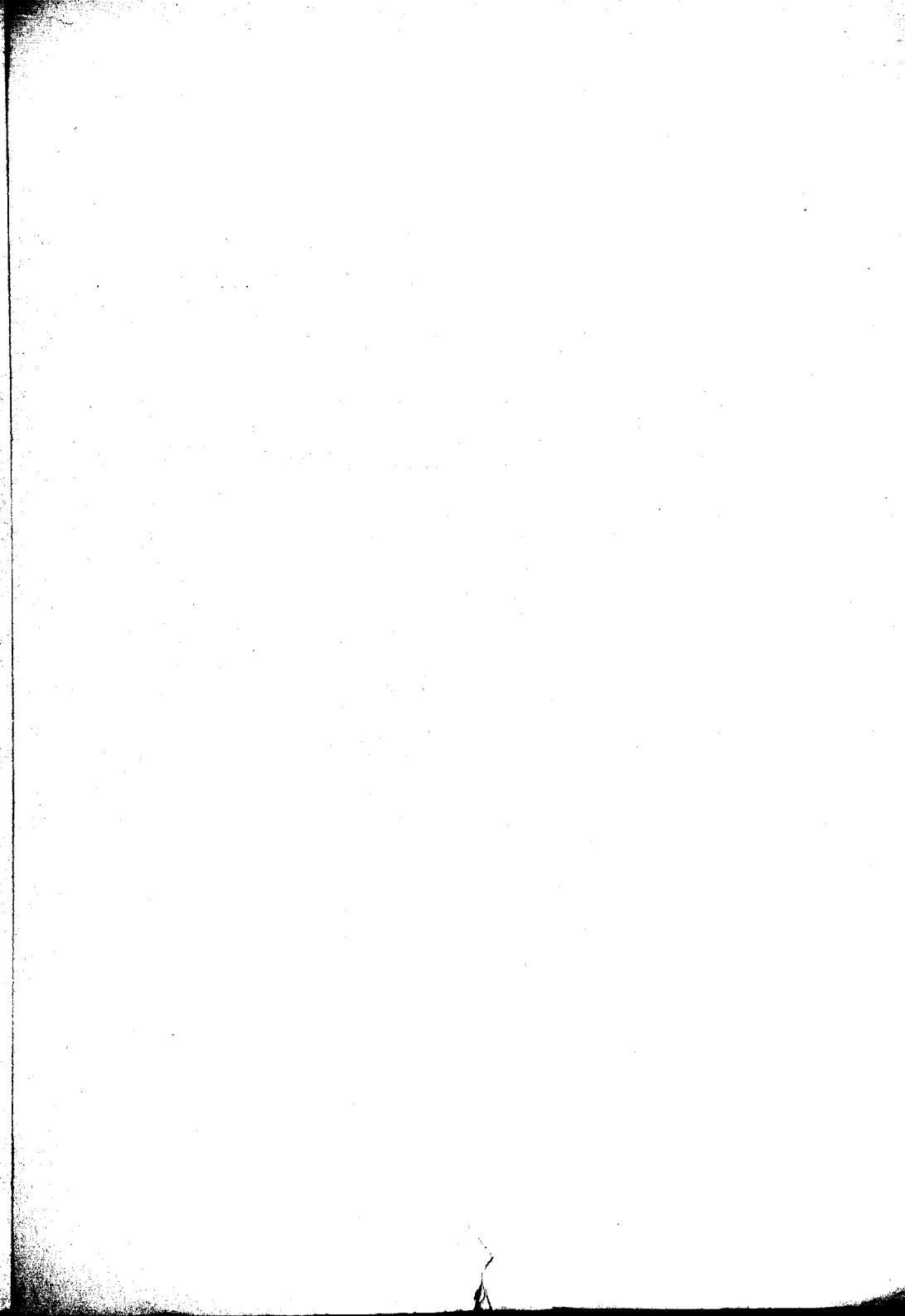
- Della resezione precoce delle ossa nella cura della mieleperiostite acuta, suppurata, diffusa e particolarmente della resezione sotto-periosteale di tutta la diafisi della tibia. *Giorn. R. Accad. di Torino*, 1879.
- Stenosi della laringe da pericondrite iperplastica, tracheotomia, laringotomia, dilatazione graduata e guarigione. *Giorn. R. Accad. di Torino*, 1879.
- Caso di ginocchio valgo guarito coll'osteotomia del femore. *Ann. Univ. di Med.*, 1879.
- Deformità congenita agli arti inferiori corretta mediante la resezione delle articolazioni dei ginocchi. *Giorn. R. Accad. di Torino*, 1880.
- Annotazioni intorno alla cura chirurgica delle fistole vescico-vaginali. *Gazzetta Med. Lomb.*, 1880.
- Contribuzione alla resecazione ed esportazione dello sterno. *Indipendente*, 1881.
- Operazione Cesaree per distocia eseguita col metodo Porro. *Indipendente*, 1881.
- Note cliniche sulla cura del mal perforante del piede. *Gazz. degli Ospedali*, 1882.
- Le iniezioni parenchimatose nel gozzo, *Gazz. degli Ospedali*, 1882 — *Enciclopedia Medica Italiana*, 1893.
- Fibro-mioma uterino e cistoma ovarico guariti coll'esportazione. *Indipendente*, 1884.
- Delle cisti ossee dei mascellari. *Giorn. R. Accad. di Med. di Torino*, 1887.
- Cura della spina bifida mediante l'allacciatura elastica. *Gazzetta Medica di Torino*, 1887.
- Dell'osteotomia nella cura del piede varo equino. *Ann. Univ. di Med.*, 1887.
- Casi di ginecologia operatoria. *Ann. Univ. di Med.*, 1887.
- Di alcune operazioni agli organi urinarii maschili. *Archivio Ortopedia*, 1888.
- Di alcune importanti operazioni alle ossa ed alle giunture. *Archivio Ortopedia*, 1889.
- Studio sulla lussazione delle cartilagini semilunari. *Archivio Ortopedia*, 1890.
- Note statistiche e cliniche sopra 310 operazioni chirurgiche. *Gazzetta Medica Lombarda*, 1890.
- Caso di lipoma all'ovaja ed ovidotto di destra. *Giorn. Ostetrico*, 1890.
- Note di chirurgia moderna. *Gazz. Med. Lomb.* 1891.
- La I^a Sezione chirurgica nell'Ospedale Maggiore di Novara, triennio 1890-91-92. Novara, 1893.
- Angioma venoso superficiale esteso a tutta la parte sinistra della faccia e parti adjacenti. Legatura della carotide esterna di sinistra, temporale e faciale di destra, guarigione. *Gazzetta degli Ospedali*, 1894.
- Della cura radicale dell'ernia inguinale e di un nuovo metodo per ottenerla, 1894.
- Contributo alla chirurgia dello stomaco e degli intestini. Novara, 1894.
- Della resezione simultanea di tutte le ossa del tarzo. *Policlinico*, 1894.
- Contributo alla chirurgia spinale e cerebrale. *Policlinico*, 1895.
- Nuovo contributo alla chirurgia spinale. *Policlinico*, 1896.
- Singolare anomalia congenita del testicolo destro. *Policlinico*, 1896.
- Testicolo sinistro ectopico ed attorcigliamento del cordone. *Policlinico*, 1897.

Della splenectomia nella milza malarica e più specialmente della efficacia delle iniezioni ipodermiche jodo-jodurate. *Policlinico*, 1898.
Di un nuovo metodo operativo del varicocele. *Policlinico*, 1899.
Della splenopexi. *Policlinico*, 1899.
Contributo allo studio delle lussazioni volontarie. *Policlinico*, 1900.
Di un ernia epigastrica con entro il ventricolo aderente e del metodo operativo impiegato per guarirla. *Policlinico*, 1901.
Voluminosa splenomegalia malarica stranamente lobulata ed inoperabile. *Clinica chirurgica*, 1902.
Note ed appunti all'operazione del Talma nell'ascite da cirrosi epatica. *Policlinico*, 1903.



373/3





IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

DIRETTO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI | **FRANCESCO DURANTE**

DIRETTORE DELLA R. CLINICA MEDICA
DI ROMA

DIRETTORE DEL R. ISTITUTO CHIRURGICO
DI ROMA

con la collaborazione di altri Clinici, Professori e Dottori italiani e stranieri

si pubblica in tre Sezioni distinte:

Medica — Chirurgica — Pratica

IL POLICLINICO

LA SEZIONE PRATICA

nella sua parte originale (Archivi) pubblica i lavori dei più distinti clinici e cultori delle scienze mediche, riccamente illustrati, sicchè i lettori vi troveranno il riflesso di tutta l'attività italiana nel campo della medicina, della chirurgia e dell'igiene.

che per sè stessa costituisce un periodico completo, contiene lavori originali d'indole pratica, note di medicina scientifica, note preventive e tiene i lettori al corrente di tutto il movimento delle scienze mediche in Italia e all'estero. Pubblica perciò numerose e accurate riviste su ogni ramo delle scienze suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono fatte da valenti specialisti.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici, speciali corrispondenze.

Non trascura di tenere informati i lettori delle scoperte ed applicazioni nuove, dei rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, dei nuovi strumenti, ecc. ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formule.

Pubblica articoli e quadri statistici intorno alla mortalità e alle malattie contagiose nelle principali città d'Italia, e dà notizie esatte sulle condizioni e sull'andamento dei principali ospedali.

Pubblica le disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, potendo esserne informato immediatamente, e una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Pubblica in una parte speciale tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Condotte vacanti, ecc.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgeranno al *Policlinico* per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica una rubrica speciale e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli verranno richieste.

IL POLICLINICO contiene ogni volta accurate recensioni bibliografiche, e un indice di bibliografia medica, col titolo dei libri editi recentemente in Italia e fuori, e delle monografie contenute nei Bollettini delle Accademie e nei più accreditati periodici italiani ed esteri.

A questo proposito si invitano gli autori a mandare copia delle opere e delle monografie da loro pubblicate.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO

adunque, per gli importanti lavori originali, per le copiose e svariate riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia i più completi possibili e che meglio rispondono alle esigenze dei tempi moderni.

ABBONAMENTI ANNUI:

	Italia	Unione postale
1. Alla sezione medica e alla sezione pratica	L. 15	20
2. Alla sezione chirurgica e alla sezione pratica »	15	20
3. Alle tre sezioni insieme	» 20	27
4. Alla sola sezione pratica	» 10	12.50

Un num. separato della sezione medica o chirurgica Lire UNA.
Un num. separato della sezione pratica cent. 50.

Il *Policlinico* si pubblica sul totale il mese.

La **sezione medica** e la **sezione chirurgica** si pubblicano ciascuna a in fascicoli illustrati di 48 pagine, che in fine di anno formeranno due distinti volumi.

La **sezione pratica** si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32 pagine.



Gli abbonamenti cominciano a decorrere dal primo di gennaio di ogni anno.