BIBLIOTECA MEDICA ROMANA
B 64
26

DOTT. S. GUSSIO

D'UN NUOVO INTERVENTO CHIRURGICO SULLE FISTOLE SALIVARI

Estratto dal POLICLINICO. *Volume XVII - C. — Anno 1910*

B
64
26

ROMA
AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE "IL POLICLINICO"
N. 46 - Via del Tritone - N. 46
—
1910

Dott. S. GUSSIO

D'UN NUOVO INTERVENTO CHIRURGICO SULLE FISTOLE SALIVARI

Estratto dal Policlinico, *Volume XVII - C. — Anno 1910*

ROMA
Amministrazione del Giornale « Il Policlinico »
N. 46 - Via del Tritone - N. 46

1910

PROPRIETÀ LETTERARIA

Roma, 1910 — Tipografia Nazionale di G. Bertero & C.

Istituto di Clinica chirurgica della R. Università di Roma
diretto dal prof. F. Durante

D'un nuovo intervento chirurgico sulle fistole salivari

per il dott. S. Gussio.

Certamente non mancano tentativi per la cura delle fistole salivari anche in epoche assai remote quando se ne ignorava la vera condizione anatomica.

Ma non soltanto per questo i metodi suggeriti son divenuti molto numerosi, se ancor oggi, che non ci manca una tale nozione, la loro terapia lascia tanto a desiderare. Ciò è da riferirsi piuttosto alla entità dei vari trattamenti proposti, la quale è stata in ogni tempo tale, che ciascun chirurgo, possiamo dire, che si trovò a dover curare una di queste lesioni sentì il bisogno d'introdurre una modificazione o di trovare un processo nuovo, che gli lasciasse sperare un esito migliore, intanto che la letteratura s'arricchiva ancora d'un lavoro.

Se il Giordano, avanti a tanta produzione giustamente scrivendo, che la più ribelle di queste fistole non ha potuto mai spandere tanta saliva quanto inchiostro è stato consumato in loro onore, avesse risolto la quistione ed usato l'ultimo certamente avrebbe risparmiato quest'altro. Ma siccome i vantati successi per ciascun trattamento, compreso quello del Riberi consigliato dal Giordano, o non sono facilmente raggiungibili o, con le moderne vedute della chirurgia, possono sembrare non abbastanza sicuri gli uni e poco deformanti gli altri, forse potrà essere non cosa vana riprendere ancora una volta questo argomento.

Rifacendo la storia dei vari metodi, i quali hanno cercato di curare principalmente le fistole della parotide, per evitare inutili ripetizioni non parleremo separatamente di quelle del dotto stenoniano e di quelle glandulari, dette

ancora parotidee, perchè quest'ultime se in principio si distinguono dalle prime per la loro più facile guaribilità spontanea, in seguito, quando son divenute persistenti, son dovute a lesione dei cospicui rami intraglandulari dello stesso dotto escretore e quindi la loro differenza anatomica si attenua ed il trattamento curativo non è stato e può ancor oggi non essere diverso.

Ci sembra utile dal punto di vista chirurgico adattare relativamente all'organo parotideo la distinzione topografica in fistole buccinatrici e masseterine stabilita dal Tillaux per quelle del canale di Stenone ed a queste aggiungere, conservando lo stesso criterio, le rimanenti glandulari col nome di retromasseterine.

Quando ancora mancava un'esatta conoscenza anatomo-patologica intorno a queste ribelli lesioni naturalmente veniva adoperata contro di esse la terapia, che si suoleva contro le ulcere comuni; ma l'ostinazione in una tale pratica divenne maggiormente riprovevole in seguito ai progressi della patologia corrispondente, dovuti alla scoperta dello Stenone (1660). Infatti solamente un secolo più tardi la cura di queste affezioni veniva condotta su una via più razionale per opera del Duphoenix, Marand e Louis e da quest'epoca, come vedremo, cercando di sopprimere la glandula o di costruire una via al suo secreto prima di procedere alla chiusura dell'orifizio fistoloso, i processi e le loro modificazioni si sono così moltiplicati, che oggi per non andare troppo per le lunghe conviene ridurli in base ai loro intendimenti nei seguenti cinque tipi principali:

I. Processi d'occlusione semplice dell'orifizio fistoloso.

II. Processi di soppressione funzionale ed anatomica della glandula salivare.

III. Processi di ristabilimento della via escretoria naturale.

IV. Processi di formazione d'un nuovo canale escretore artificiale.

V. Processi di deviazione del dotto naturale.

I. — **Processi d'occlusione semplice dell'orifizio fistoloso.**

Naturalmente i metodi, i quali si prefiggono uno scopo così semplice, divengono affatto irrazionali quando vengono applicati per sistema e senza un'esatta conoscenza delle condizioni anatomiche della lesione, qualunque sia il mezzo in essi adoperato: caustici, essiccanti, agglutinanti, sutura semplice o con autoplastica e compressione.

I. *L'occlusione mediante topici caustici od essiccanti* per le fistole del dotto stenoniano rappresenta il trattamento più antico, che rimonta fino all'epoca del Galeno, il quale si servì per la cura in parola d'un impiastro caustico, del Parè, che adoperò invece acqua forte e polvere di vitriolo e del Fabrizio

d'Acquapendente, il quale usò allo stesso scopo acqua d'Appone ed un cerotto essiccante.

Questi mezzi poi non vennero abbandonati col progredire dell'anatomia patologica relativamente a queste lesioni e ridotti al semplice uso della Pasta di Canquin o del nitrato d'argento o del caustico attuale resero buoni servigi al Dimerbroeck, al Munck, al Louis, al Dupuytren, al Ferrant, al Desormaux, al Jourdain, al Lallemant, all'Ergott, al Guder, contro i risultati negativi ottenuti invece dal Roonhuysen e dal Monro.

Un simile trattamento praticato da parecchi autori (Fabrizio d'Hilden, Boyer, Berard, Jobert, Lebon, Martin ecc.) pare che abbia dato migliori effetti sulle fistole glandulari o retromasseterine.

Nondimeno anche nella prima epoca di questi rimedi non mancarono risultati e pareri discordi circa la loro efficacia, così che il Louis per essere conciliativo e contro la sua stessa esperienza ne ammise l'uso per le fistole parotidee soltanto; ma più esattamente, dopo di questi, il Martin ne stabilì l'indicazione per qualunque fistola in cui persistesse la pervietà della via escretrice, posta a valle dal punto leso; condizione che rese possibili i buoni risultati ottenuti con questo trattamento nei casi illustrati dall'Hergott, Lombard, Guder, Ravanel e probabilmente anche quelli di quell'altri chirurgi, i quali non si curarono d'indagare le condizioni del tratto periferico della via salivare interrotta.

II. *L'occlusione mediante agglutinanti* diede guarigione la prima volta al Rodolphi, il quale in seguito all'inefficacia della sutura semplice chiuse col collodion una fistola dello stenaniano consecutiva all'asportazione d'un tumore della guancia ed un ugual successo ha dato ancora nel caso dello Stokesnel ed in quello del Michalski, ravvicinando i margini fistolosi con pezzetti di *taffeta* rafforzati da collodion.

Gli insuccessi naturalmente di questi metodi a cui può ancora aggiungersi quello del Malgaigne, il quale consiglia l'impeciamento d'una sottile lamina d'oro sull'orifizio fistoloso, non sono ugualmente registrati; ma essi verosimilmente non debbono mancare nell'applicazione di questo come trattamento delle fistole salivari in generale, poichè la sua efficacia non può prescindere dalle condizioni anatomiche speciali notate nel caso precedente e necessarie a tutti i procedimenti del tipo a cui questo appartiene.

III. *L'occlusione mediante sutura* dell'orifizio fistoloso in seguito alla escissione dei margini viene attribuita al Morand, il quale l'ha consigliata specialmente per la cura delle fistole parotidee, semplice o con lembo autoplastico.

Ma evidentemente anche questo intervento, come dimostrano i risultati negativi ottenuti dal Rodolphi e dal Richelot, non lasciano prevedere un esito migliore quando non preesistono le condizioni anatomiche necessarie alla riuscita anche dei metodi precedenti.

IV. *L'occlusione mediante semplice compressione* infine, ha dato esito favorevole solo quando la pressione esercitata è riuscita a determinare ritenzione e corrispondenti fenomeni regressivi da parte della glandula, quando cioè involontariamente ha assunto il significato d'uno dei diversi mezzi di soppressione glandulare, di cui parleremo in seguito.

Cosicchè riassumendo non può negarsi l'utilità di uno qualunque di questi mezzi o di parecchi di essi usati insieme, come ha fatto qualche autore, quando vengono applicati nella condizione di pervietà del tratto periferico della via salivare interrotta.

Questo stato anatomico si può riscontrare per lungo tempo in seguito ad interruzione parziale del dotto stenoniano e nel caso della sua recisione completa soltanto all'inizio della lesione, poichè con l'andare del tempo facilmente il tratto periferico dello stenoniano si retrae e s'oblitera. Nelle fistole glandulari invece tale evenienza, anche nelle inveterate, è certamente meno frequente per la limitata spostabilità delle diramazioni intraglandulari del dotto. Per una tale condizione, in cui risiede certamente ancora la causa della più facile guaribilità spontanea di quest'ultime fistole, i sopraccennati mezzi hanno dato su di esse i migliori risultati e contro di esse sono stati principalmente consigliati specialmente dal Louis.

E per lo stesso motivo finalmente questi metodi e soprattutto la sutura, costituiscono a ragione la pratica comune di chiusura dell'orifizio fistoloso, quando s'è già aperta un'altra via qualunque allo scolo della secrezione salivare.

II. — Processi di soppressione anatomica e funzionale della glandola salivare.

Conosciuto il vero motivo, che cagiona gli scoli salivari di alcune lesioni principalmente della faccia, naturalmente l'opera dei chirurgi più radicali doveva rivolgersi contro la loro fonte d'origine, cioè contro la glandola corrispondente al canale escretore leso, la quale s'è cercata eliminare in vario modo.

1. Con la compressione.
2. Con la legatura del dotto di Stenone.
3. Con l'introduzione d'un corpo estraneo in questo.
4. Con iniezioni irritanti.
5. E con l'ablazione.

I. *La compressione* è stata esercitata sull'orifizio fistoloso, o fra questo e la glandula, o sull'organo glandulare stesso. In generale per applicarla s'è ricorso all'uso d'un cono di compresse, su cui il Richter consiglia sovrapporre una rotella rigida, fortemente fasciato sulla regione voluta.

Nel caso di fistole del dotto stenoniano sono state preferite la compressione a livello dell'orifizio fistoloso o quella esercitata fra questo e la glandola. La prima maniera è riuscita naturalmente efficace quando è rientrata nel meccanismo d'azione della seconda, quando cioè cadendo sulla parte centrale dello stenoniano è stata capace d'impedire il corso della saliva e per una tale evenienza ha dato risultato positivo al Maisoneuve ed al Borel e senza gravi inconvenienti, contrariamente a quello che è accaduto invece al Duphoenix, il quale fu costretto a sospendere la compressione in quarta giornata per i gravi fenomeni reattivi locali.

In questi stessi casi è stata praticata ancora la compressione glandulare dal Desault, Louis, Dupuytren e Trelat e sembra, senza intensi fatti da parte della glandola; anzi il Trelat costruisce un compressore speciale per ottenere un più rapido effetto.

Però questo è stato il metodo preferito piuttosto contro le fistole parotidee, come attestano i successi vantati dal Boyer, Ledron, Beauprè, Berard, Jobert e Lebon, i quali ultimi l'hanno applicato in seguito alla cauterizzazione dell'orificio fistoloso.

Certamente un tal metodo se non altro implica una tortura superiore a quella che i progressi della chirurgia oggi più non consentono, poichè come il Boyer stesso osserva, una tale pratica non è poco dolorosa su una regione così ricca di tronchi nervosi, prescindendo dai pericoli che in essa possono correre organi importantissimi in casi di complicazione flogistica o di profonda se anche non estesa azione atrofizzante.

Però la compressione glandulare ha quest'ultimo effetto assai incerto per la protezione spiegata dalla branca mandibolare sul parenchima parotideo, per la qual cosa essa riesce curativa o quando si tratta d'una fistola glandulare d'un lobo sopramasseterino o quando comprimendo contemporaneamente lo stenoniano arrivada e terminare fatti di ritenzione, i quali però si possono ottenere con altro mezzo certamente più tollerabile e più sicuro dal punto di vista dell'effetto, che non con la compressione in generale.

II. *La legatura del dotto di Stenone* sperimentalmente è stata praticata negli animali da numerosi autori (Viborg, Pelschinsky, Arnozan e Vaillard, Suzanne, Claisse e Dupré, Pignatti, Morano e Baccarini, Marzocchi e Bizzozero) senza spiacevoli conseguenze. Ed io stesso, come accennerò più tardi, in trenta esperienze in cui ho cercato ottenere una fistola salivare, suturando in vario modo il moncone centrale del dotto parotideo completamente interrotto ai margini della ferita cutanea, nei cani ho potuto osservare costantemente, distacco e retrazione del moncone suturato, obliterazione della sua apertura in mezzo ai tessuti, distenzione per ritenzione di esso ed atrofia della glandola corrispondente, apprezzabile in special modo microscopicamente dopo il primo mese dall'operazione e senza alcun fatto reattivo o flogistico locale, anche

quando avevo praticato giornaliere iniezioni di pilocarpina nell'intento di stimolare la funzione della glandula. Analoghi effetti sperimentali si sono ottenuti sulla sottomascellare (Cornil e Ranvier) e sulla retrolinguale dei cani (Maxinow).

Per questi risultati da parecchi dei prelodati autori ed ancora dal Gallisen, dal Zang, dal Velpeau, dal Delarue, dal Baillif ecc. fu consigliato di tentare nell'uomo la legatura del dotto escretore posteriormente alla sua apertura fistolosa.

Non ostante però il buon risultato ottenuto con questo mezzo nel caso illustrato dal Pelschiski ed in due dei tre casi del Braman, esso venne ben presto condannato dal Billroth, il quale pel primo sostenne, che i risultati sperimentali non corrispondono a quelli della legatura del canale salivare nell'uomo, la quale conduce generalmente a gravi ed estese suppurazioni. Una tale convinzione, divenuta comune per tutti i chirurgi fra cui notiamo il Durante, il Küttner, il Bergmann, il Bruns ed il Mikulicz fece abbandonare questo mezzo, sebbene il nostro chiarissimo Maestro consigli ritentarne la prova accompagnandovi iniezioni parenchimatose di sostanze caustiche.

III. *Il metodo dell'atrofia glandolare da ritenzione* provocata dall'introduzione d'un corpo estraneo, d'uno stiletto di laminaria nello stenoniano, è stato praticato e consigliato dall'Julliard. Ma naturalmente anche questo mezzo non lascia prevedere esito migliore dei precedenti ed anzi, considerando che il corpo estraneo può esser veicolo d'infezione in un organo che per le condizioni impostivi vi può essere massimamente predisposto, deve sembrare maggiormente pericoloso.

IV. Circa alle *iniezioni irritanti* il Mollière, incoraggiato dai risultati sperimentali delle iniezioni oleose nel pancreas ottenuti dal Bernard e da quelli analoghi dati dalla tintura di iodio nelle fistole salivari dei cavalli al Lafosse, al Delamotte ed al Lobat, pensò d'introdurre le iniezioni oleose fenicate nella terapia delle fistole salivari umane e così ne riuscì a guarire tre casi, di cui due illustrati dal Tussan.

Dopo di questi, ottenne più rapida guarigione il Cecchini mediante iniezioni morfinizzate d'olio essenziale di trementina.

Però simile trattamento era stato già applicato con alcool dal Louis in due casi di fistole glandulari parotidee allo scopo di ravvivare le pareti del seno, o di produrre l'atrofia parziale della glandula e così pure dallo Smith con soluzione concentrata di nitrato d'argento in un'altro caso uguale e con lodevole risultato.

Il Mollière poi in base alle sue osservazioni in proposito si crede autorizzato ad ammettere, che le fistole del dotto si debbano curare mediante la dilatazione per cateterismo della via naturale e quelle parotidee mediante iniezioni oleose fenicate, spinte a piccole dosi per evitare gravi fenomeni reattivi e ripetute per produrre l'atrofia parziale e graduale della glandula.

Una conclusione di questo genere appare subito alquanto mal fondata quando si pensa, come meglio vedremo in seguito, non solo alla difficoltà, ma all'impossibilità che ordinariamente s'incontra di ripristinare la via naturale nelle fistole già stabilite da qualche tempo per l'atresia o l'obliterazione, che ha subìto il tratto periferico del canale privo di funzione. D'altra parte le iniezioni oleose proposte dal Mollière non hanno nell'uomo un'effetto così costante e così innocente come per gli animali. Analogamente che nel caso precedente anche in questo i risultati sperimentali non ci forniscono un'esatto ammaestramento intorno alla patologia umana e questo forse perchè alcuni animali, come per esempio i cani, mentre da una parte resistono meglio agli agenti infettivi, dall'altra hanno una maggiore tendenza ai fenomeni regressivi delle glandule salivari.

V. *L'ablazione* totale della parotide è stata praticata la prima volta a questo scopo dal Kaufmann in uno dei suoi tre casi di fistola stenoniana guariti. Il Nicoladoni invece operò la resezione parziale, del polo inferiore della parotide, avendo cura di rispettare il più che fosse possibile gli organi importanti della regione. Però specialmente nell'enucleazione totale della glandola la lesione di qualcuno di essi ed una notevole deformazione locale sono inevitabili, perciò il nostro Maestro consiglia di ricorrere a questo mezzo per le fistole della sublinguale e sottomascellare e non della parotide, la cui enucleazione importa necessariamente una deturpazione maggiore forse della fistola stessa.

Sicchè dopo tutto anche questa categoria di trattamenti non ha dato nell'uomo quei risultati, che l'esperienza acquistata sugli animali avean fatto sperare ed analogamente possiamo pensare d'un eventuale tentativo di legatura dei vasi nutritizi dell'organo, poichè non v'ha nulla, che possa farci presumere in questo caso speciale un'effetto atrofizzante diverso di quello assai ipotetico ottenuto mediante una tal pratica su altri tessuti normali e patologici dell'organismo.

D'altronde però poco male sarebbe, se l'applicazione di questi mezzi nelle fistole salivari umane non riuscisse spesse volte dannosa.

Tutti quelli infatti i quali agiscono ostacolando il deflusso della saliva, sia mediante compressione, sia mediante legatura del dotto e sia mediante l'ostruzione di questo per mezzo d'un corpo estraneo, prescindendo dagli altri inconveniente non meno gravi, son causa nell'uomo di fenomeni flogistici non indifferenti naturalmente per gli organi importanti, che attraversano le regioni in cui essi si svolgono.

La questione della sterilità o meno delle alte vie salivari e del liquido contenutovi in condizioni normali si è lungamente dibattuta fra risultati ed idee discrepanti, come per le parti corrispondenti di altre glandule simili, quali il

fegato, il rene, il pancreas, il testicolo, ecc. Nel nostro caso in specie Claisse e Dupré, attribuendo i risultati contradittori a ricerche fatte sul cadavere dove il passaggio dei germi nella glandula può essere un fatto agonico o post-mortale, hanno concluso per la sterilità ordinaria delle alte vie salivari e loro contenuto, pur ammettendo non rare eccezioni per questa regola.

Quindi non difficilmente gli organi su cui vengono applicati questi mezzi possono trovarsi infetti o infettarsi dopo la loro attuazione, sia per via ascendente che discendente.

Ma anche intorno alla via d'infezione, importante a conoscersi specialmente per il metodo di legatura del dotto stenoniano, il parere dei vari autori è stato discorde per questi organi secretori come per quegli altri di funzione simile nell'organismo.

La flora boccale ben studiata fin dai primi tempi della batteriologia (Leeuwenhoek, Robin, Rappin, Pasteur, Rasmusen, Miller, Rosembach, Galippe e Vignol, Biondi, Netter, Claisse e Dupré, ecc., ecc.) è ricca anche allo stato normale di germi banali, i quali possono in determinate contingenze assumere importanza per la funzione d'esaltamento (Albarran, D'Alcaime, Roger, Colley, ecc.) e di piogeni, a cui in casi speciali possono aggiungersene patogeni specifici (b. tubercolare, b. difterico, b. pseudo difterico del Roux, ecc.)

Or questi batterî ordinariamente non risalgono la via escretrice per la barriera apposta dalla costituzione anatomica di questa, cioè orifizio boccale, lunghezza e decorso della via, e dalle proprietà fisiche e chimiche della saliva (Sanarelli, Charrin). Nondimeno, come abbiamo già notato, anche allo stato fisiologico alcuni germi son capaci di rimontare contro corrente lungo la via escretrice o, secondo alcuni, linfatica e d'adattarsi all'azione nociva della saliva stessa.

In condizioni patalogiche poi, in cui vengono profondamente alterate queste difese e l'integrità degli elementi parenchimatosi, secondo la gran maggioranza degli autori, questa è la via principale che battono gli agenti infettivi, come attestano ancora le dimostrazioni anatomiche fornite da parecchi autori (Anau, Pilliet, Cruveillier, Piorry, Chassaignac, Crocq, ecc.) ed una tal via ascendente ha la sua importanza nell'applicazione della compressione o nell'ostruzione mediante un corpo estraneo, come ce l'à nelle infezioni consecutive a calcolosi delle vie salivari.

Non così forse nelle condizioni di legatura.

La ritenzione da intercettazione a questo modo della via salivare (Carnil e Ranvier, Arnozan e Vaillard, Suzanne, Claisse e Dupré, Rolando, Pignatti, Morano e Baccarini, Maxinow ecc.) raramente cagiona formazioni cistiche (Rolando), ordinariamente determina invece modica ed uniforme dilatazione dei canali escretori con fatti degenerativi e necrotici degli epitelî secernenti e iperplasia connetturale, preceduta da infiltrazione leucocitaria ricca di poli-

nucleati, i quali secondo Mazziotti e Bizzozero non sono da riferirsi a germi infettanti. Comunque in queste condizioni, come nelle precedenti, non manca specialmente in principio una predisposizione alla localizzazione di agenti patogeni provenienti se non per via ascendente per quella discendente, poichè dagli studi del nostro Maestro in poi più non si discute sulla possibilità di germi circolanti col sangue in condizioni normali e tanto più poi in quelle patalogiche e sulla localizzazione di essi in un luogo di minore resistenza.

Pertanto anche da un punto di vista teoretico, i metodi distruttivi mediante ostacolato deflusso non sembrano poco pericolosi, mentre quelli delle iniezioni irritanti appaiono infidi e quelli dell'asportazione glandulare, prescindendo dal loro risultato maggiormente deformante, certamente si mostrano ancora assai indaginosi e più per la parotide, la quale ha preoccupato in special modo i singoli operatori. Perciò tutti questi motodi hanno dovuto cedere il campo a quelli piuttosto conservatori, i quali hanno cercato di ristabilire uno sbocco intraboccale alla saliva.

III. — **Ripristinamento della via naturale.**

Al Louis ed al Morand spetta il merito d'aver preconizzato ed eseguito per i primi questo metodo con procedimento quasi simile. Il Louis infatti, in un caso riattivò il canale stenoniano mediante una sostituzione di setoni di spessore sempre crescente; mentre il Morand dopo averne dilatato per cateterismo il tratto periferico, vi fece passare un filo per tenerlo beante in un primo tempo.

Il Weber in seguito ottenne a sua volta buon risultato, dilatando prima il dotto con uno stiletto di laminaria ed introducendovi poscia una minugia di budello, estesa dall'orifizio boccale al margine anteriore della parotide, sorpassando cioè dalle due parti l'orifizio fistoloso.

L'uso della minugia riuscì ancora utile in un processo simile eseguito dal Morris, mentre il Berard, per evitare l'ostacolo che essa avrebbe potuto opporre al deflusso della saliva, pensò di sostituirla con una canula d'argento dall'estremo boccale rigonfio pei potersi reggere in sito.

Quest'ultima modificazione fu poi accettata dal Tornlei Stokes, il quale però invece della canula d'argento adoperò un tubicino di stagno per la sua maggiore cedevolezza e così pure dallo Chassaignac, che si servì invece d'un semplice tubo da drenaggio.

Tanta preoccupazione però è perfettamente inutile per il Molliére, il quale ammette la guaribilità di tutte le fistole del dotto stenoniano mediante la semplice dilatazione di questo per cateterismo.

Naturalmente tutti questi mezzi possono rendere qualche servigio, allorquando persiste una pervietà più o meno dello stenoniano, tenendo sempre

presente la difficoltà, che spesso offre il suo cateterismo per spasmo riflesso o per le flessioni lungo il suo tragitto, non sempre sormontabili con la trazione in avanti ed in fuori della guancia come consiglia il Louis.

Ma ormai è risaputo, che in seguito alla recisione completa del dotto di Stenone il moncone periferico si ritrae e s'oblitera ed allora ogni tentivo di cateterismo riesce vano e più inefficaci che mai le iniezioni liquide dilatatrici proposte dal Richter.

Pertanto i sopra cennati metodi si mostrano purtroppo di applicazione eccezionale e maggiormente quelli, che sembrano più razionali cercando adottare un dilatatore canalicolato, il quale abbisogna d'una via ancora più ampia per il suo collocamento.

A questi metodi infine sembra, che non giovi aggiungere quello della sutura dei due monconi del canale reciso fra di loro, poichè questa pratica eseguita sperimentalmente dal Rolando ha dato costantemente stenosi ed allontanamento dei due capi inosculati e concomitanti fenomeni d'atrofia a carico della glandula corrispondente. Questo intervento d'altra parte è così delicato e difficoltoso, che tempo fa furono intraprese e non condotte a termine identiche esperienze nel nostro stesso Istituto.

IV. — **Processi di costruzione d'una via escretrice artificiale.**

Gli effetti dei sopraccennati inconvenienti nel campo pratico sono stati tali, che indussero la maggior parte dei chirurgi, i quali avevano compreso la necessità di dover deviare il corso della saliva nella cura delle fistole in parola, ed abbandonare i precedenti metodi ed a cercare la costruzione d'una nuova via capace di ricondurre nella cavità boccale quel liquido, che le rendeva tanto ribelli a qualunque trattamento. Un tale obbietto hanno tentato raggiungere diversi processi, che a seconda della loro modalità d'esecuzione possiamo ridurre a 2 tipi principali: processi della punzione unica e processi della punzione doppia.

I. I *processi della punzione unica* rimontano all'epoca del Deroy, il quale cercò convertire la fistola esterna in interna con la semplice perforazione della guancia a livello del seno fistoloso mediante il ferro rovente. Il successo ottenuto in modo così semplice destò un vero entusiasmo; ma ben presto si videro necessarie delle modificazioni.

Il Monro infatti, attribuendo il risultato del Deroy ad un caso fortuito, fatta la stessa punzione con un ago, lasciò nel tramite così stabilito un setone, perchè gliene mantenesse la pervietà per qualche tempo. Per lo stesso scopo, trapassati con un trequarti i tessuti della guancia, il Larrey lasciò nel nuovo tragitto una bendelletta di tela, il Desault una minugia, tenuta in sito da un filo di seta esterno, Coutavox e Jobert un setone, Petit un pezzetto di spugna.

Anche per questo genere di processi sorse in seguito la quistione dell'ostacolo opposto da un corpo solido al decorso della saliva e questa fu presto risoluta dal Duphoenix, che v'introdusse l'uso di una canula di piombo, la quale nel suo caso si mantenne senz'altro in sito per 16 giorni. Ciò fu possibile per l'obliquità del tramite che il Duphoenix aveva stabilito, ma per la sicurezza dell'operatore occorreva cercarle una condizione di sostegno.

A tal fine l'Atti, introdotta la canula nella nuova via creata, ne divise la sua estremità boccale in tre parti, che ripiegò su sè stesse e poi affidò l'estremo opposto ad un filo di seta, il quale fuoruscendo dall'orifizio fistoloso venne fissato all'orecchio.

L'Higguet invece divise in due ciascuno estremo della canula e ripiegò le due parti risultanti dell'uno nel cavo orale, quelle dell'altro sul fondo della fistola e suturò sopra quest'ultime i margini recentati dell'orifizio.

Il Pozzi a sua volta applica addirittura un tubo di caoutchouc disposto a setone ed un processo simile eseguisce in 2 casi il Kauffmann, mentre che il Campenon lo modifica alquanto, introducendo nel tramite creato un tubo di gomma corto ed affidandone l'estremo corrispondente all'orifizio fistoloso ad un filo di seta, che viene poi impigliato nella sutura dell'orifizio stesso.

Il Tillaux consiglia nell'applicazione di questo processo, di tenere il drenaggio in sito per 3-4 giorni soltanto, mentre il Reynier, affinchè la saliva trovasse più facilmente la sua nuova via, cerca di far aprire l'estremo esterno di questo nel lume del tratto centrale dello stenoniano, introducendovi sul principio della perforazione della guancia il trequarti dall'avanti all'indietro per l'estensione di 1 cm. e cambiando quindi direzione per trapassare i tessuti fino alla cavità boccale.

Al processo Deroy infine pare che abbia dato buoni risultati anche sulle fistole retromasseterine per opera del Fano, Duplay e Cabadé; ma più probabilmente che per i casi precedenti, come lo stesso Terrier osserva, questi son da riferirsi piuttosto a guarigione spontanea, frequente in questa specie di fistole, o ad atrofia della parte glandulare corrispondente.

II. *Processi della doppia punzione.* — I sopraddetti interventi naturalmente dovevano cedere a quelli, i quali facevano intravedere una più ampia via ed una più probabile persistenza di essa.

Il Deguise infatti con questo intento praticò la doppia punzione della guancia a livello della fistola, stabilendo due tramiti divergenti: l'uno diretto nel senso del tratto periferico dello stenoniano e l'altro obbliquo in direzione opposta. Passò quindi per essi un'ansa di filo di piombo, la quale venne annodata sulla mucosa boccale ed, escissine i margini, suturò la fistola. L'ansa metallica fu tolta in sesta giornata.

Il Percy, considerando che nel precedente processo funziona solamente il tramite diretto lungo il dotto dello Stenone, mentre l'altro non serve che

R. BIBLIOTECA MEDICA ROMA

a tenere il fil di piombo in sito, l'ha inteso modificare riducendolo ad uno dei tanti processi di punzione semplice, praticando cioè soltanto la prima perforazione, fattovi quindi passare il filo metallico, per tenerlo in posto, lo fa scorrere nel tratto centrale del dotto e v'applica sopra una fasciatura compressiva.

La modificazione Béclard invece non consiste in altro, che nel praticare la seconda puntura del processo Deguise da dentro in fuori, cioè dalla cavità boccale all'orifizio fistoloso, per poter passare attraverso la canula del trequarti, così conficcato, la branca corrispondente dell'ansa metallica e poi rimuovere quella dalla via della bocca, senza bisogno di dover ricorrere alla guida di un fil di seta necessario in quel processo.

Con lo stesso intendimento il Croserio consiglia, di praticare la seconda puntura invece dalla fistola alla bocca; ma con un trequarti la cui canula sia sprovvista di padiglione, dimodochè questa può poi rimuoversi facilmente dalla via orale.

Il Gosselin cerca invece abbreviare la durata della cura, tentata con questi processi e per ciò, sotto cloronarcosi, passa un'ansa metallica nella guancia alla maniera di Béclard ed affida quindi i due capi intraboccali di essa ad un serranodo per schiacciare il ponte di tessuti compresivi in circa 45 m'. Però l'operatore nel tempo successivo fu costretto a dilatare più volte con una sonda metallica la via così costrutta.

Per evitare le gravi sofferenze del paziente a sua volta il Mirault eseguì il processo Béclard e dopo un certo tempo interruppe con un colpo di bisturì le parti molli comprese nell'ansa metallica.

Allo scopo di semplificare invece il Malgaigne perfora la guancia dal fondo della fistola verso la cavità boccale con due aghi, posti in direzione divergente, ciascuno dei quali porta l'estremo d'un setone, che poi viene annodato sulla mucosa boccale. Sutura quindi l'orifizio fistoloso escindendone i margini ed abbandona il setone a sè stesso fino alla sua caduta, che può essere accelerata da un colpo di bisturi sui tessuti rimasti. Il Le Fort nell'eseguire lo stesso processo preferisce un filo elastico, perchè dotato di maggior potere sezionante e fa comprendere all'ansa il primo tratto della parete posteriore del moncone centrale dello stenoniano ed il Moty v'applica invece una ansa formata da un crine di cavallo, sutura la fistola dopo 15 giorni e toglie il crine quando è attecchita la riunione cutanea.

Il Trélat poi ha tentato elevare il processo Malgaigne fino alla cura delle fistole masseterine, introducendovi delle modificazioni richieste dal caso. Ha passato cioè il solito setone evitando il margine anteriore del massetere, la cui lesione, come il caso di Coutavox insegna, è assai dolorosa, quindi mediante un serranodo ha ottenuto lo schiacciamento lineare dei tessuti in 6 giorni ed ha introdotto nella soluzione di continuo un filo di laminaria, mentre procede alla chiusura della fistola con un lembetto autoplastico.

Però lo stesso autore nel caso così operato ebbe rapida recidiva.

Un miglior risultato ha avuto certamente la modificazione portata dal Richelot a questi metodi della doppia punzione. Essa consiste nel praticare con un trequarti in corrispondenza della fistola una prima puntura dall'avanti all'indietro in maniera da riuscire sulla pelle della guancia al disopra del corso della saliva e passarvi un tubo di gomma. Stabilire quindi con lo stesso strumento un secondo tramite dall' indietro in avanti, nella direzione del tratto boccale dello stenoniano ed introdurvi l'estremità anteriore dello stesso tubo, procedere quindi alla sutura della fistola, se non si vuole attenderne la chiusura spontanea.

Naturalmente il gran numero di questi processi e la continua tendenza a modificare ne fanno la più severa critica. Infatti anche quest'ultimo metodo, che possiamo considerare il migliore del tipo a cui esso appartiene, non venne risparmiato da disillusioni e da giudizi anche poco benigni, quale quello del Verneuil e certamente non a torto, poichè questo metodo come i precedenti non assicura un rivestimento epiteliale alla nuova via creata a malgrado la lunga permanenza (45 giorni) del tubo da drenaggio in essa. E questo evidentemente non è senza valore, specialmente quando il tragitto presenta una certa lunghezza.

V. — Processi di deviazione del canale escretore naturale.

Come intermedi fra le due ultime categorie di processi possiamo considerare quelli, che hanno tentato la deviazione del tratto centrale dello stenoniano.

Il Langenbeck, che l'eseguì pel primo nel 1831, ebbe il torto d'abbandonare a sè stesso il moncone di canale isolato avanti alla bottoniera praticata sulla mucosa boccale e questo gli venne subito rimproverato dal Velpeau, il quale credette, che questo metodo non dovesse avere dei seguaci.

Il Riberi invece vi portò ben presto una modificazione utilissima, la sutura cioè dell'orifizio del dotto ai margini della ferita mucosa; mentre il Delore allo stesso scopo di tenere il dotto in sito, l'isola sulla guida d'una sonda metallica introdottavi per la fistola, la sostituisce con una elastica a cui fissa l'orifizio dello stenoniano, attrae quest'ultimo nella cavità boccale mediante la sonda e taglia questa in modo da lasciarla sporgente nel cavo orale per un paio di centimetri.

Anche il Bonnafond ha cercato modificare questo processo ed è riuscito invece a complicarlo, aggiungendovi un setone alla maniera di Deguise: ma il Princenteau è tornato a quello del Riberi, ottenendo l'amplificazione del l'orifizio del dotto mediante un'incisione di questo per 2-3 mm.

Questo stesso autore poi col Baillif ha cercato di rendere questo metodo applicabile ancora sulle fistole masseterine, provando sul cadavere l'innesto del moncone del dotto al cul di sacco della mucosa boccale, attratta a dito di quanto in una breccia aperta attraverso il massetere e branca mandibolare. Sul cadavere d'altra parte questi stessi autori sono riusciti ad attaccare l'orifizio del tratto centrale dello stenoniano isolato all'estremità libera e fatta esterna d'un lembo, scolpito sulla mucosa boccale e ribattuto dentro una ferita trasfossa del margine anteriore del massetere.

Ma queste modificazioni per adattamento del processo Riberi appaiono subito non poco indaginose e mal sicure nel vivo, in cui per le manovre consigliate se non altro l'infezione del campo operatorio è inevitabile; e la flogosi principalmente in queste operazioni riesce perniciosa a tal segno da giustificare il Delore, che ha cercato, come abbiamo veduto, sostituire nel metodo Riberi la sutura dell'orifizio stenoniano con l'uso d'una sonda elastica capace di tenerlo in sito. Perciò questi metodi restano di razionale applicazione solo quando si dispone d'un moncone centrale di dotto capace di raggiungere, senza grandi stiramenti, la mucosa boccale, quando cioè si tratta d'una fistola baccinatrice

***

Avanti a tanta ricchezza di processi ed a tanta indagine clinica e sperimentale naturalmente appare più strana che mai la sfiducia ancor oggi esistente intorno alla cura delle fistole salivari e non soltanto dell'epoca nostra se in ogni tempo, nella continua alternativa d'entusiasmi e di disillusioni, s'è cercato raggiungere tale scopo sempre con mezzi nuovi e se, come più volte accadde, uno stesso autore credette di dover suggerire ed eseguire metodi diversi per una lesione identica. Nè una tal convinzione ancor oggi può sembrare ingiustificabile se si pensa, che anche la chirurgia moderna avanti a lesioni così di poco conto si trova di dover scegliere fra un intervento troppo aggressivo, quale l'enucleazione glandulare specie della parotide ed uno d'applicazione assai circoscritta, quale quello del Riberi, senza ritornare su tutti gli altri infidi o pericolosi.

Infatti nelle condizioni attuali delle conoscenze si può forse convenire, che nei rari casi in cui si genera una fistola glandulare, poichè la lesione del tessuto adenoide guarisce in generale spontaneamente per strozzamento cicatriziale delle superfici secernenti (Durante, Righetti, ecc.), essa ripete la sua origine nel cointeressamento di qualche cospicuo ramo intraglandulare del dotto ed in questo caso i mezzi d'occlusione semplice, precisando meglio l'asserzione, del Louis, possono riuscire efficaci quando persistono le condi-

zioni di pervietà della restante via escretoria posta a valle del punto leso. Per queste stesse ragioni possono dare d'altronde il medesimo effetto in quelle fistole dovute a parziale interruzione del dotto estraglandulare, nelle quali d'altra parte anche la guarigione spontanea non è rara.

Ma allorquando la recisione del canale escretore è stata completa ed è mancato quell'ipotetico combaciamento dei suoi monconi ammesso dal König, nell'inevitabile fistola consecutiva, il tratto periferico dello stenoniano si trova retratto ed obliterato ed in questo stato sembra affatto irrazionale l'attuazione d'un simile trattamento.

In questi casi l'esaurimento della sorgente di secrezione, come abbiamo anzidetto, è troppo e non è privo di seri inconvenienti se specialmente applicato alla parotide; tuttavia l'enucleazione è consigliabile per la glandula sottolinguale o sottomascellare, poichè altri metodi a cagione della ristrettezza e disposizione dei loro dotti riescono maggiormente indaginosi e di risultato incerto.

Quest'altri trattamenti invece sarebbero preferibili nei casi di fistola del dotto di Stenone. Ma scegliere fra tanti processi non è facile impresa, poichè il ripristinamento della via naturale come abbiamo veduto è una possibilità affatto eccezionale e la deviazione del tratto centrale di essa è limitata esclusivamente alle fistole buccinatrici a cui si riferiscono la gran maggioranza dei processi, che si prefiggono un tale scopo. Naturalmente questi, per la brevità della parte centrale di canale, non hanno valore relativamente alle masseterine e retromasseterine, contro cui l'unico trattamento applicabile sembra quello del Richelot; ma anche questo non promette un risultato più sicuro di quell'altri del medesimo tipo a cui esso appartiene, ed i quali non si preoccupano di procurare un rivestimento epiteliale al nuovo dotto escretore stabilito, che perciò tenderà alla stenosi, tanto più facilmente in quanto che la funzione dell'organo corrispondente non è continua.

***

Quindi specialmente per la cura di quest'ultime fistole ho pensato di studiare un processo molto semplice di ricostruzione del tratto periferico del canale leso mediante un lembo autoplastico cutaneo, preferendo la cute alla mucosa orale adoperata invece allo stesso scopo dal Princenteau, perchè un simile processo eseguito con quest'ultima, prescindendo dalla difficoltà d'esecuzione, può venire seriamente compromesso dalla mancanza di continuità di essa con l'orifizio fistoloso e dall'inevitabile infezione perniciosa in questa più che in ogni altra operazione di plastica.

Il metodo nell'uomo può eseguirsi come è stato provato su cadaveri a denti conservati e come è rappresentato nelle figure.

In esso possiamo distinguere 5 tempi.

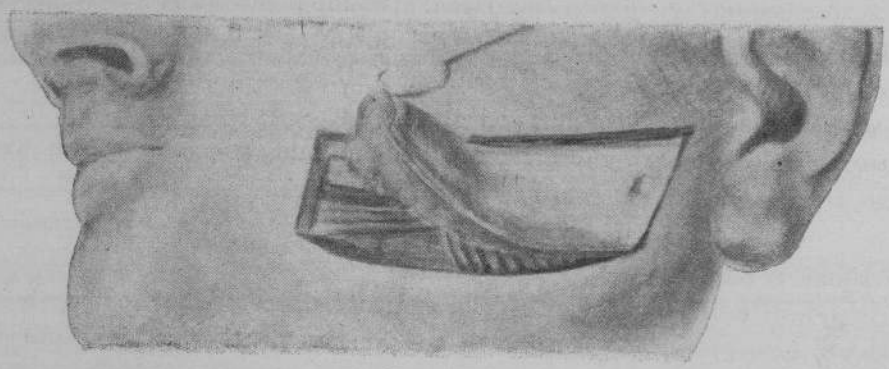


FIG. 1.

I tempo. — Delimitazione d'un lembo cutaneo rettangolare, che comprenda posteriormente l'orifizio fistoloso. Esso ha maggior diametro disposto nello stesso senso dello stenoniano ed esteso 4-5 cm. o meglio, quanto è necessario per oltrepassare d'un paio di centimetri il margine anteriore del massetere ed una larghezza invece inferiore ad un centimetro, quanto basta cioè ad avvolgere un sottile tubo di gomma, che va introdotto nell'orifizio fistoloso ed adagiato sul lembo, perchè funzioni di prima guida alla saliva e di scheletro transitorio al canale.

Si disseca quindi tutta la periferia del lembo, senza interrompere la sua continuità con il tratto centrale dello stenoniano e specialmente dalla sua parte anteriore ed inferiore, perchè poi la sutura possa cadere dalla parte alta del nuovo canale da costruirsi, il quale d'altra parte per questo modo di dissezione verrà a ricevere la sua prima nutrizione dalla parte centrale e profonda dove rimane impiantato ai corrispondenti tessuti sottostanti.

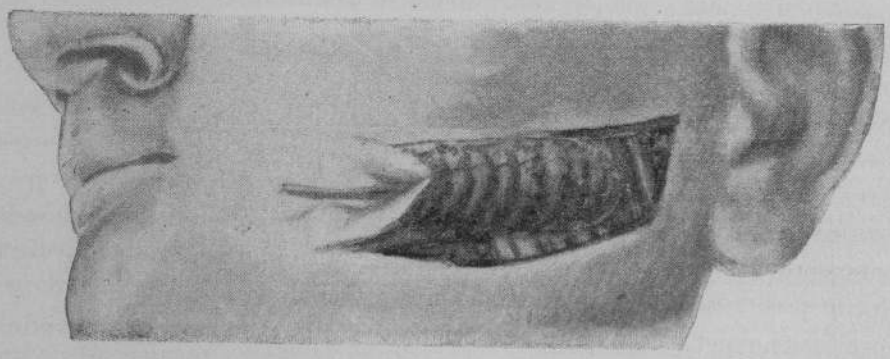


FIG. 2.

II tempo. — S'introduce quindi nell'orifizio fistoloso, in seguito a dilatazione se occorre, un sottile tubo da drenaggio, lo si avvolge col lembo scol-

pito, in modo che la superficie epiteliale di questo venga in contatto con esso e si suturano in questa posizione i margini del lembo con punti di catgut passati nel derma alla Lembert, perchè essi possono affrontarsi secondo il loro spessore.

Questa sutura deve chiudere completamente l'estremità posteriore del manicotto cutaneo, dove rimane lo sbocco del seno fistoloso e lasciarne aperto invece l'orifizio anteriore.

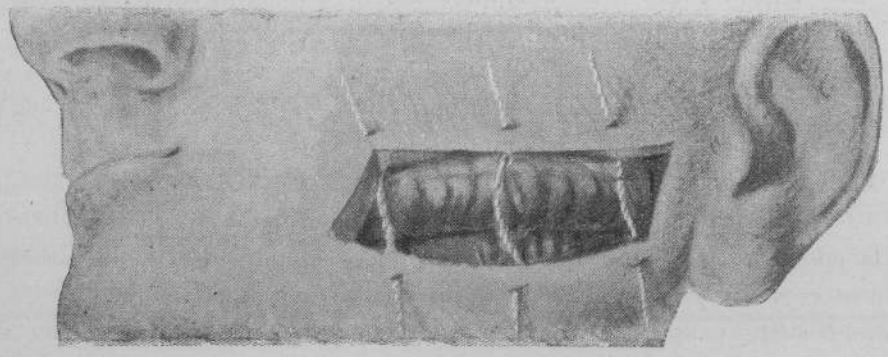


FIG. 3.

III tempo. — Si seppelisce il cartoccio così costruito suturandovi sopra il cellulare con catgut, la cute con seta o fili d'argento; affrontando in posizione rombica i margini della rettangolare perdita di sostanza in maniera di ottenere una riunione lineare, la quale lasci scorgere anteriormente per breve tratto l'estremità corrispondente del canale e del drenaggio.

Questa sutura viene ad incrociare ad × quella del canale sottostante e quando si esegue il processo in due sedute alla fine di questo tempo si appunta alla sua asoletta anteriore l'apertura corrispondente di quello, per isolarla poi nuovamente quando sarà ripresa l'operazione.

IV tempo. — Si affida l'estremità anteriore del canale e del tubo di gomma ciascuna ad un filo di seta, che viene passato poi mediante ago nella cavità boccale attraverso una ferita trasfossa della guancia, aperta in questo momento dall'esterno con bistori retto e quindi, facendole sporgere nella cavità orale per trazione sui detti fili, si completa la sutura cutanea. (Si può far passare mediante gli aghi i fili di seta nella cavità boccale, affondage per un momento l'estremità del canale e drenaggio, completare la sutura cutanea ed aprire poi la breccia dall'interno della guancia, allo scopo d'evitare la possibile infezione della sutura superficiale quando si compie il processo in una sola seduta).

V tempo. — Traendo infine sul filo corrispondente si applica una sutura a raggiera, preferibilmente con sottile filo d'argento, tra l'orifizio del canale ed i margini della mucosa orale interrotta e si fissa a questa con un punto

il laccio del drenaggio, il qual drenaggio deve essere alquanto rigido. (Il drenaggio può anche rimuoversi subito).

Evidentemente sul cadavere questo processo non offre alcuna difficoltà e così verosimilmente può presumersi per la sua applicazione nel vivente affetto da fistola, a meno che la causa stessa di quest'ultima non avesse prodotto estese devastazioni e profonde aderenze cutanee; ma anche in questo raro caso, tenuto conto delle comuni cause di fistola salivare, credo, che non sarà difficile togliere quel tanto di rivestimento epiteliale, che basti alla costruzione del canale e poi rimediare alla perdita, se non sarà possibile la mobilizzazione della cute circostante, con un secondo lembo cutaneo, rimosso dalla regione che si crederà più opportuna secondo il caso.

Quali vantaggi del metodo appaiono subito, la sua applicabilità in qualunque caso di fistola salivare specialmente dell'apparato parotideo, il rispettare la continuità del moncone centrale dello stenoniano col nuovo canale costruito ed il fornire a questo un rivestimento epiteliale; condizioni queste, che mentre da una parte garentiscono, anche per il precario uso di un tubo da drenaggio, l'incanalamento fin da principio del liquido salivare, dall'altra assicurano da eventuale stenosi la nuova via escretrice stabilita, come non fanno quelle create da tutti gli altri interventi, di cui sopra abbiamo parlato, meno quelli di deviazione del moncone centrale del dotto escretore.

Sebbene l'applicazione pratica di questo processo non lasciasse prevedere seri, inconvenienti, pure ho voluto provarlo sperimentalmente.

In mancanza di materiale più adatto, di animali cioè a funzione salivare molto attiva e d'una certa mole, ho dovuto contentarmi di grossi cani, della maggior parte dei quali riferirò sommariamente per i risultati negativi.

I Serie d'esperimenti. — In principio ho cercato ottenere in questi animali delle fistole salivari.

A tale scopo ho introdotto, pel riconoscimento, dall'orifizio boccale una minugia nel dotto di Stenone, spesse volte previamente dilatato mediante fili di laminaria. Ho inciso per 2-3 cm. cute e pellicciaio in tutti i sensi ed in tutte le regioni possibili lungo il corso di questo canale e talora prodotto invece una perdita di sostanza delle dimensioni d'una moneta di 2-5 centesimi. Ho isolato il dotto e recisolo, ne ho legato costantemente il moncone periferico con seta e suturato quello centrale alla ferita cutanea, ora facendo corrispondere i margini dell'orifizio dello stenoniano con quelli di quest'ultima ed ora facendolo sporgere invece per circa mezzo centimetro; ora con orifizio dilatato dall'uso preventivo della laminaria ed ora ampliato da una incisione di pochi millimetri. Quando ho prodotto una perdita cutanea, ho appuntato il dotto nel tessuto connettivo divenuto superficiale.

Ho applicato medicatura asciutta o umida, imbevuta di soluzione fisiologica o disinfettante, poichè la ferita esposta all'aria si ricopriva d'una crosta e cicatrizzava molto rapidamente. Ho cercato infine di tenere beante l'orifizio del canale escretore mediante iniezioni giornaliere di 1-2 mgr. di pilocarpina ed a volte mediante l'introduzione in esso d'un piccolo tratto di coteterino ureterale, il quale d'altronde difficilmente rimase in sito, nonostante la sua fissazione alla cute con punti di sutura.

Ma fu vano, tutti questi mezzi non riuscirono a darmi una sola fistola salivare su 30 operazioni eseguite con questo scopo in 20 cani, di cui buona parte andarono incontro a morte per probabile avvelenamento cronico da pilocarpina e per inanizione.

La cute di questi animali è assai mobile e spessa in rapporto alla sottile parete del dotto, che le veniva innestato e per questo forse e per l'incostante funzione della glandula salivare, con o senza necrosi della sua estremità, con qualunque genere di medicatura adoperato, il tratto centrale dello stenoniano ha lasciato le connessioni con la cute stabilite e si è ritirato nei tessuti sottostanti, anche quando aveva una lunghezza più del necessario e qui si chiudeva e dilatava per ritenzione di secreto, mentre la ferita cutanea cicatrizzava piuttosto rapidamente.

In seguito alla sua retrazione e stenosi il dotto si apprezzava sotto i tegumenti aumentato notevolmente di volume e fortemente teso e dopo 15-20 giorni andava gradatamente diminuendo di dimensioni, ma non di consistenza, mentre durante questo ciclo alla vista ed al tatto nulla d'abnorme si notava in corrispondenza della regione parotidea, come già hanno osservato negli animali Viborg, Pelschinski, Bizzozzero, Righetti, ecc.

Più volte, quando la ferita superficiale non era ancora completamente chiusa, ho cercato con una sonda scanalata o con un bistori retto aprire una comunicazione fra la raccolta dello stenoniano e l'esterno attraverso di essa; ma non per questo la ferita della cute e del dotto non tornò a riunirsi, anche quando la manovra fu ripetuta una volta al giorno fino alla perdita d'una tale possibilità o quando nella nuova breccia fu introdotto un tratto di cateterino ureterale, il quale prima o poi per spostamento, malgrado la fissazione, venne a perdere la sua funzione.

All'autopsia in maniera sommaria su tutti questi casi si osserva: canale stenoniano con estremità completamente chiusa da connettivo in mezzo ai tessuti sottostanti al pellicciaio, tanto meno dilatato e tanto più a contenuto denso, quanto maggiormente ci allontanammo dall'epoca dell'intervento. La lesione della glandula corrispondente si rileva macroscopicamente più che per il colorito bianco giallastro per la consistenza sempre più fibrosa.

Microscopicamente ho potuto osservare preparati di diverse glandule e

corrispondenti dotti escretori, colorati con i metodi comuni e specifici per il tessuto connettivo ed elastico; da 15-20 giorni fino a 4 mesi dopo l'epoca in cui può considerarsi avvenuta la stenosi del dotto. Il reperto conferma quello già descritto dai prelodati autori (Cornil e Ranvier, Arnozan e Veillard, Suzanne, Claisse e Dupré, ecc).

La differenza grossolana fra una sezione di parotide normale e quella di una glandula a processo inoltrato risalta anche ad occhio nudo e consiste, nel grande sviluppo che ha preso lo stroma nell'organo alterato rispetto all'epitelio glandulare che è ridotto a piccoli e ben delimitati isolotti. Ma esaminando istologicamente le glandule delle diverse epoche si osserva, che a tale lesione si giunge per gradi.

Per il fine che si proponevano le mie esperienze non ho avuto cura di indagare i primi fatti anatomici glandulari, consecutivi all'acclusione del dotto escretore e quindi di controllare i fenomeni infiltrativi intensi dello stroma ed i proliferativi degli elementi secernenti, già osservati da Claisse e Dupré; ma contro la loro opinione tali reperti non si riscontrano più 15-20 giorni dopo.

A cominciare almeno da quest'epoca si nota un impicciolimento degli acini glandulari progressivo per circa tre mesi e corrispondentemente anche gli elementi secernenti si riducono continuamente di volume per diminuizione della loro massa citoplasmatica, la quale si fa sempre meno chiara per accumulo di fini granulazioni, mentre il nucleo va assumendo una posizione più centrale ed una forma più rotondeggiante del normale, cosicchè la ghiandola viene a presentare, come Carnil e Ranvier hanno osservato, un'aspetto piuttosto embrionale.

In seguito la massa citoplasmatica va sempre più riducendosi, mentre il nucleo subisce un certo grado di appiattimento, specialmente quando il secreto viene ad occupare la cavità dell'acino.

La saliva infatti in principio ristagna soltanto nelle grandi vie escretrici, producendovi dilatazione ed ulteriormente invade ancora le piccole intralobulari e quindi talvolta anche gli spazî intraacinosi, specialmente quando si è somministrata della pilocarpina. In quest'ultimo caso la glandula viene a presentare un aspetto tubulare, che in sezione può sembrare microcistico; però mai ho notato formazione di vere cisti.

Con l'accumularsi del secreto intanto l'epitelio escretore come il secernente s'appiattisce sempre dippiù ed in alcuni punti desquama. La deformazione è maggiore per il primo anzichè per il secondo e questa particolarità costituisce insieme con la maggior ampiezza del lume, il criterio principale per poter distinguere un canalino intralobulare da un'acino ripieno di saliva, quando la glandula ha assunto quell'aspetto tubulare, che sopra abbiamo accennato.

Accanto a questi fenomeni regressivi, di pari passo hanno luogo quelli

progressivi invece a carico dello stroma, il quale si va ispessendo in tutte le sue parti per aumento di fibrille connettivali e di elementi cellulari senza, almeno dai 15 giorni dopo l'astruzione del dotto in poi, notevoli fatti infiltrativi. Rari e piccoli focolai cellulari si riscontrano soltanto in prossimità di vasi e specialmente dei canali escretori, intorno a cui formano sovente sottili cercini più o meno completi. Queste cellule presentano nucleo triangolare o stellato o rettangolare ed assai raramente rotondeggiante, così che sembra, provenissero piuttosto da proliferazione degli elementi fissi anzichè dal sangue. Vero è però che nelle fasi progredite del processo non mancano polinucleati, i quali invadono la sostanza intracanalicolare, dove si riscontrano prevalentemente insieme con elementi mononucleati, di cui parte almeno provengono dalla desquamazione epiteliale.

La parete dei dotti infine di qualunque calibro si trova discretamente ispessita, specialmente se si considera l'aumento del lume del canale.

Dopo tutto però ho creduto di dover desistere da ulteriori tentativi per ottenere delle fistole salivari.

II Serie d'esperimenti. — Ciò nondimeno in quattro animali operati come i precedenti, quando il canale di Stenone aveva perduto la sua connessione con la cute per ulcerazione dei punti di sutura e la ferita superficiale, ancora aperta, lasciava gemere poco liquido salivare misto ad essudato, in seguito a tricotomia e poca pulizia locale ho voluto eseguire il processo in unica seduta.

Ma naturalmente non mancavano motivi d'infezione per l'insuccesso.

Quattro, cinque giorni dopo infatti, rimossa la medicatura, buona parte dei punti superficiali e profondi erano ulcerati e giudicato vano ogni rimedio, vennero abbandonati gli animali a sè stessi.

Circa 20 giorni dopo il lembo del canale era cicatrizzato nella sua sede primitiva, la ferita cutanea per la produzione della fistola e quella della mucosa boccale s'erano riunite, e seguirono a carico della parotide e del suo dotto i soliti fenomeni di ritenzione e d'atrofia.

III Serie d'esperimenti. — Per tanto mi decisi ad eseguire il processo in unica o doppia seduta con innesto o senza del moncone centrale dello stenoniano all'estremità posteriore del canale cutaneo costruito.

a) In 5 animali intervenni in seguito a semplice tricotomia ed insaponamento della parte, espletando il processo in una sola seduta ed innestando solamenta in 3 di essi mediante 2-3 punti di catgut il moncone centrale dello stenoniano reciso all'orifizio posteriore del canale cutaneo costruito.

Per l'esito però anche in questo caso come nel precedente possiamo essere brevissimi. Evidenti fenomeni flogistici infatti, contro i quali non valse

alcun rimedio, da una parte e la crescenza dei folti peli dentro al lume del canale dall'altra, cagionarono l'ulcerazione delle suture e quindi il divaricamento della ferita cutanea ed il ritorno in sede del lembo affondato. Eccetto che in uno dei 2 casi, in cui non era stato fatto l'innesto dello stenoniano e nel quale durante la sutura del canale, cercando di far passare un ago spuntato nel derma resistente, per un movimento troppo brusco avevo strappato completamente il canale dai tessuti profondi. In esso sette giorni dopo, quando tolsi la medicatura, il lembo s'era perduto per la via boccale e questa in seguito si chiuse rapidamente, mentre la ferita cutanea andava cicatrizzando ancora per seconda quando l'animale venne a morte per dermite e parassiti.

Pensai quindi, che l'accrescimento rapido dei peli, semplicemente rasi, poteva essere non senza significato per questi risultati del processo, specialmente in presenza d'una complicazione suppurativa, la quale mi era stata inevitabile in questi animali e perciò nelle esperienze seguenti usai la depilazione mediante pinse o mediante raggi X, i quali furono applicati in dose insufficiente per produrre la depilazione radicale nei cani.

b) Su 7 animali così preparati, previa pulizia locale e sotto morfino-cloronarcosi, ho eseguito i primi tre tempi del processo; ho costruito cioè il canale cutaneo e l'ho affondato, dopo avere innestato la sua estremità posteriore al tratto centrale dello stenoniamo interrotto e l'anteriore alla corrispondente della ferita superficiale.

Ho ricoperta la sutura della cute con uno strato di collodion e quindi con fasciatura gommata. Fu rimossa quest'ultima in quarta giornata e rinnovata seduta stante per ritoglierla dopo altri 4 giorni.

In 2 casi l'esito fu parziale, cioè alcuni punti della sutura superficiale e profonda mancarono per ulcerazione e tolti i rimanenti, l'indomabile flogosi da un lato, la crescenza dei peli nel canale dall'altro, fecero aprire e ritornare al posto il lembo, senza scolo alcuno di saliva.

Negli altri 5 animali invece l'esito fu positivo.

Due di questi cani furono lasciati con apertura del canale all'esterno. Entrambi erano affetti da dermite più grave, che la maggior parte dei precedenti ed il processo flogistico lento e la crescenza dei peli non mancarono, anche questa volta, di produrre un certo grado di divaricamento della cicatrice superficiale e del canale, che, procedendo dall'avanti all'indietro, diede a quest'ultimo una forma ad imbuto, dal cui apice posteriore non sgorgò mai saliva per la sua scontinuità con lo stenoniano, come fu constatato alla autopsia.

Nei tre cani rimanenti invece, 10 giorni dopo il primo intervento ho completato il processo, isolando l'estremo anteriore del canale dall'aderenza con la cute, affidandola, ad un filo di seta, che venne passato nella cavità orale attraverso una ferita trasfossa della guancia, suturando prima con due

punti staccati la ferita cutanea e fissando poi con 4 punti di filo d'argento l'orifizio del canale alla mucosa orale.

Tolsi poi i punti interni in quinta giornata, gli esterni in ottava. In un caso la piccola ferita cutanea si riaprì, ma fu subito risuturata e chiusa in seguito a raschiamento dei margini.

In tutti questi animali i peli ricresciuti dentro il canale, sporgevano nella cavità orale a guisa di pennello. Più volte furono tagliati o strappati e più volte ritornarono ed era perciò difficile stabilire, se con i peli fuoruscisse dall'orifizio della saliva.

Il primo cane venne sacrificato tre mesi dopo l'intervento ed alla autopsia si riscontrò il canale completo e zaffato di peli leggermente atrofici. Il tratto centrale dello stenoniano staccato ed obliterato, la parotide corrispondente nel solito stato regressivo.

Il secondo venne a morte 5 mesi circa dopo l'operazione ed alla necroscopia si trovò il canale trasformato in una doccia ricca di peli, comunicante con la cavità orale e non con lo stenoniano, il quale in forma di cordoncino duro stava confuso nel tessuto connettivo sotto al pellicciaio.

Il terzo animale finalmente è morto dopo circa 10 mesi dalla costruzione del canale ed alla sezione s'è riscontrato questo ben conservato, ripieno di peli poco modificati, aperto da una parte nel cavo orale, dall'altra connesso col dotto stenoniano, ch'era rimasto impigliato nel tessuto cicatriziale, che chiudeva l'estremità posteriore del canale. Specillando dalla parte parotidea lo stenoniano, l'estremità dello strumento fuorusciva fra i peli del canale. Per causa impreveduta non ho potuto esaminare microscopicamente la ghiandola parotidea; ma macroscopicamente non avevo osservato notevoli alterazioni.

***

Le condizioni in cui veniva sperimentato questo processo certamente non erano le più propizie per la sua riuscita. Gli animali erano ricchi di vari parassiti ed affetti da quella forma di dermite contaggiosa, che suole affligerli in tempo d'estate, quando io facevo queste esperienze; sicchè non mancavano cause d'infezione sia dalla parte cutanea, che dalla boccale, senza poterle eliminare con quei mezzi, che sono invece di facile applicazione nell'uomo.

L'uso della fasciatura poi, era un vero tormento specialmente per lo stato di queste povere bestie, le quali non avevano altra cura, che quella di strofinarla contro il suolo o contro la rete del canile, con quanto buon governo del campo operato è facile immaginare. Nè certamente esso sarebbe stato migliore lasciando la regione allo scoperto.

Perciò non deve far meraviglia se siamo andati incontro a tanti insuccessi. Anzi io ho creduto venturoso l'essere riuscito in tre casi su sette a

completare il processo e più ancora l'avere ottenuto anche una sola volta la continuità del canale con lo stenoniano veramente insperata per i risultati delle prime esperienze.

Forse per queste stesse notevoli difficoltà, certamente di gran lunga superiori a quelle che possano riscontrarsi nell'uomo, le riportate ricerche, mentre da una parte attestano la possibile applicazione del metodo senza alcun inconveniente, dall'altra forniscono evidentemente maggior copia d'ammaestramenti d'utilità pratica.

Non importa, che noi non abbiamo potuto ottenere delle fistole salivari e quindi eseguire il processo in presenza di esse; che non si sia mantenuta quasi mai la continuità del nuovo canale col dotto e quindi dopo poco tempo la funzione di quest'ultimo; poichè nell'uomo affetto di fistola salivare la connessione dello stenoniano con la cute scelta per la costruzione del canale preesiste e viene rispettata. Nè il passaggio della saliva attraverso la nuova via, appena stabilita, può avere grande importanza dal punto di vista infettivo, poichè questo liquido, sia quando il dotto ha lunghezza normale e sia quando si apre invece in una fistola qualunque, come hanno dimostrato Claisse e Dupré, è ordinariamente sterile e se contiene qualche germe, questo, per le proprietà del liquido stesso, non è da supporsi molto virulento. Ciò potrebbe avere un certo valore soltanto relativamente alla sua filtrazione attraverso le suture; ma come abbiamo anzidetto, questo liquido vien fin da principio incanalato dal tubicino di gomma, e se anche venisse in contatto con i tessuti, se si à avuto cura di apporre delle buone suture e di stabilire un dislivello fra la superficiale e la profonda, fissando con un punto il canale ai tessuti sottostanti, certamente esso non verrebbe ad avere un significato diverso di quello che può passare in un organo cavo suturato.

Però di certo, è più prudente sottrarlo mediante l'uso del tubicino, lasciando ad un tale evento i casi in cui si verifica un involontario spostamento di esso, che d'altronde fu quasi costante nelle mie esperienze, anche se coronate da successo ed in cui finchè tenevano i punti, non è da presumersi una mancanza di saliva dentro il canale. Ed anzi, per rimediare ad un tale inconveniente, adoperai spesso un cateterino forato in diversi punti con un fil di ferro rovente.

In base a tutti i suesposti risultati però, si può convenire, che il lembo cutaneo scolpito per la costruzione del canale, nel modo sopra descritto, non è suscettibile di necrosi nemmeno nelle condizioni più sfavorevoli, le quali invece riescono affatto perniciose per un canale completamente isolato dai tessuti circostanti.

Il contrasto poi dei risultati dell'applicazione del processo in unica seduta con quelli della sua esecuzione invece in due tempi diversi, mette in rilievo facilmente tutta l'importanza, che può avere per la sua riuscita o meno,

la flogosi, la quale venne in certo qual modo prevenuta nelle ultime esperienze. Questo gravissimo coefficiente d'insuccesso si può, in maniera assai più facile e relativamente più completa, eliminare nell'uomo; ma anche in questo, non credo cauto indicare la prima modalità d'intervento, cioè in un sol tempo.

Le complicazioni infiammatorie esercitano la loro azione devastatrice, agevolando la natural tendenza del lembo a ripristinare la sua primitiva posizione con o senza l'apertura della ferita superficiale; movimento il quale diventa impossibile, quando il cartoccio viene avviluppato da tessuto cicatriziale, tanto più che questo ne risparmia la superficie profonda. Per evitare una tale tendenza, si può interrompere longitudinalmente il derma del canale della parte opposta alla sua sutura.

Il semplice scartocciamento del canale più o meno esteso, come talora avvenne nelle nostre esperienze, raggiunge ugualmente lo scopo della persistenza della nuova via stabilita, nella quale può completarsi per proliferazione il rivestimento epiteliale. Cosicchè avevo fin'anco pensato di rifare il processo, sostituendo il canale con una listerella cutanea, ma ne ho abbandonata l'idea per la minor sicurezza, che lasciava prevedere e per le condizioni disastrose in cui sperimentavo.

Son noti clinicamente e sperimentalmente i fatti proliferativi d'innesti cutanei e mucosi capaci di generare formazioni critiche (Rothmund, Coldzivher, Schweniger, Masse, Kaufmann, Kibbert, Galeotti e Villasanta, Marpulgo, Carnot, Cosentino, Fichera, ecc.), e così pure le profonde modificazioni, come di adattamento, che può subire un lembo di cute portato a sostituire una perdita di mucosa. Nelle nostre esperienze non furono riscontrate notevoli alterazioni della pelle e sue appendici affondate, tranne che un certo grado di restringimento del canale fino al punto, che era permesso dalla presenza dei peli ed anche questo fatto unito coll'azione dei muscoli attraversati, può non essere indifferente pel buon funzionamento del canale. Però a lungo andare, specialmente nell'uomo, la cui pelle è meno resistente ed assai meno ricca di peli, non sembra improbabile il completamento di eventuali disposizioni a doccia del lembo ed un certo grado di assottigliamento e di depilazione di questo tratto di tessuto.

Non pertanto però, non ci sembra preferibile anche per l'uomo la completa costruzione del canale e la previa depilazione radicale, quando sarà opportuna.

Io mi son limitato alla rimozione temporanea dei peli mediante pinze o raggi X, perchè mi bastava dimostrare la possibile applicazione del metodo, senza deplorevoli conseguenze, anche in cattive condizioni di ricerca ed ancora perchè, fin dai primi tentativi, essendo giunto a sedute di 45 m'., giudicai inutile per l'uomo determinare la dose di raggi X, necessaria per la depilazione radicale in questi animali.

A questo punto giova forse meglio ricordare, che il Bordier, non moltò tempo addietro, ha cercato sfruttare quell'accidente, deplorevole talvolta per una semplice seduta radiografica, com'io ho avuto occasione d'osservare in due casi, a scopo terapeutico dell'ipertricosi umana, presentandone i primi risultati al Congresso dell'Associazione per l'avanzamento delle scienze, a Lione, e più recentemente disciplinandone meglio l'applicazione pratica mediante l'uso di filtri d'alluminio, e l'indicazione della dose di raggi e del loro modo di somministrazione. Quindi questo mezzo potrebbe oggi trovarsi facilmente a portata di mano per i nostri bisogni e se ci mancasse, si può, senz'altro, ricorrere al vecchio metodo elettrolitico per sopprimere i peli, che ricoprono il piccolo tratto di cute nell'uomo, poichè nella donna una tale necessità non esiste.

Dalle nostre stesse esperienze infine risulterebbe, come d'altra parte si sarebbe potuto desumere dalle ricerche batteriologiche del Claisse e Dupré in condizione di fistola salivare, che non è ammissibile una sinistra influenza qualunque sulla glandula da parte dello sbocco del suo dotto escretore nel nuovo canale, poichè in quel caso in cui si mantenne una tale connessione, come in tutti quelli in cui il dotto rimase beante, almeno per un certo tempo, nel campo operato suppurante, non fu notata alcuna lesione glandolare. Nè certamente per questo e non piuttosto per un miglior funzionamento del canale potranno deporre un'eventuale modificazione di adattamento del cartoccio cutaneo e la funzione di sfintere che verrebbero ad assumere i muscoli, da esso attraversati.

E così possiamo finire intorno a questo processo, il quale appare anche per la sua entità tale, che se si son potute incontrare delle difficoltà, queste non possono riferirsi, che alle condizioni sperimentali, le quali hanno trovato modo di riuscire tanto moleste quanto le lesioni, che il metodo si propone curare.

BIBLIOGRAFIA.

ARNOZAN e VAILLARD. Bull. de la Soc. d'Anat. et Phys. de Bordeaux, 1881.

ATTI. *Del modo di trattare le fistole salivari.* Opusc. trim. di Bologna, t. III, ed. Arch. génér. de méd., t. VI, 1824, p. 283.

BAILLIF. *La chirurgie des fistules du canal de Sténon.* Thèse de Bordeaux, n. 60, 1899.

BECLARD. Arch. gén. de méd., série I, t. VI, p. 285, 1824.

BERARD. Gazette des Hôp., 15 août 1846.

BERGMANN, BRUNS, MIKULICZ. *Trattato di Chirurgia pratica.* Traduzione italiana, Milano, 1901.

BIONDI. Zeitschrift für Hygiene, t. II, 1887.

BOYER. *Maladies chirurgicales.* Tome VI.

BONNAFOND. Annal. de la Chirurgie française et étrang., t. II, 1841.

BORDIER. *Nouvelle tech. de l'epilation radiot.* Arch. d'Electricité méd., p. 947, 1909.

BOREL. Gaz. des Hôp., 1859.

BOUGLÉ. *Fistule du canal de Sténon*, etc. Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurg., t. XXVII, p. 199, 1901.

BRAMAN und HIRSCHFELD. *Beitrag zur Therapie d. Speichelfisteln*, 1889.

CABADE. Soc. de Chirurgie de Paris, 1886 (per TERRIER).

CADOT. *Des fistules salivaires de la parotide et du canal de Sténon.* Thèse de Paris, 1872.

CARNOT. *Les greffes des muqueuses.* Arch. de méd. expér., p. 273, 1905.

CHARRIN. Semaine méd. n. 62, 10 dic. 1892.

CHRETION. *Art. Parotide* (Path. Chirurg.). Dictionnaire Enciclop., Deschambres, 1885.

CLAISSE e DUPRÉ. *Les infections salivaires.* Archiv. de Méd. expér. et Anat. pathol., 1894, p. 41-256.

CORNIL e RANVIER. *Histologie pathologique.* Paris.

COURSIER. Thèse de Paris, 1885.

COUTAVOX (Louis). Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, t. III, p. 450.

CROCQ. Bull. de l'Acad. de Méd., 1873.

CROSERIO. Arch. général de médecine, 1825.

CRUVEILHIER, PIORRY, CHASSAIGNAC. *Traité prat. de la supp. et du drainage chirurgical*, Chassaignac, t. II, p. 194, 1859.

DEGUISE. *Nouveau procédé de trait. des fist. salivaires.* Bull. de la Faculté de Méd., p. 44, n. 2, 1811.

DELARUE. *Thérapeutique chirurg. des fist. salivaires.* Thèse de Paris, 1895.

DELORE. *Procédé nouveau pour l'op. de la fist. du canal de Sténon.* Bull. de thérap., p. 184, 1869.

DEROY *Considérations sur les fistules du canal de Sténon et leur traitement.* Paris, 1888.

DESAULT. *Oeuvres chirurgicales.* Paris, t. II.

DUPHONISE, MORAND, LOUIS. *Mémoires de l'Acad. royale de Chirurgie.* Paris, 1757-1774.

DUPLAYN e RECLUS. *Traité de chirurgie.*

DURANTE. *Patologia e terapia chirurgica.* Roma, 1905.

FABRICIUS D'ACQUAPENDENTE. *De Vulneribus genorum.* (Riportato DELARUE).

FANO. Riportato CAFFARY. Thèse 1867.

FORGUE e RECLUS. *Traité de thérap. chirurg.* Ed. II, p. 364, 1898.

GELEOTTI e VILLASANTA. *Sugli innesti di cellule embr.* Archiv für Entwickel., XIII, 1902.

GALENO. *De compositione medicamentorum.*

GALLIPPE et VIGNAL. *Recherches sur les mic. de la bouche.* Archiv. de Physiol., 15 nov. 1886.

GIORDANO. *Compendio di Chirurgia operatoria italiana.* In corso di stampa.

GOSSELIN. *Fist. du canal de Sténon operée*, etc. Bull. de la Soc. de Chirurg., t. X, p. 99, 1859.

GRAHL. *Beitrag zur Behandlung d. Speichel*, etc. Diss. Leipzig, 1897.

HANAU. *Ueber die Entstehung der eitrigen.*, etc. Beitr. z. path. Anat. und z. allg. Path., 1889.

HERGOTT. Thèse de Strassburg, 1872.

HIRSCHFELD. In. Diss. Berlin, 1889.

JOBERT. Gazette des Hôp., 1848, p. 105.

JONCOUR. Thèse de Bordeaux, 1898.

JULLIARD. Annales méd. de la Suisse Romande, 1883. Dent. Zeitschrift für Ch., Bd. IV, 1883.

KAUFMANN. Centralblatt für Chirurgie, 1881.

LANGENBECK. *Nosologie und Therap. der Chirurg. Krankheiten Gotgen.* Bd. IV, S. 185, 1830.

LARREY. Clinique chirurgicale. Paris, 1829.

LEBON. Thèse de Paris, 1879,

LE FORT. *Manuel de méd. opér.* Paris, 8ª edizione.

LOMBARD. Gazette des Hôp., 1875.

LOUIS. Mém. de l'Ac. roy. de Chirurg., 1762.

MAISONEUVE. Vedi LOUIS (Mém. de l'Ac. roy. de Chir., 1762).

MARTIN. *Etude critique sur le traitement des fist.*, etc. Revue de la Suisse Romande, 1883-886.

MAZZOCCHI e BIZZOZERO. *Sulle conseguenze della leg. del dotto di Stenone.* Arch. per le Sc. med., 1903, p. 172.

MAXINOW. Arch. f. mikr. Anat., Bd. 58, 1901.

MICHALSKI Gazette des Hôpit., 1875.

MICHALSKI. Bulletin de la Soc. de Chir. Paris, t. VIII, p. 91. 1882

MILLER. *Die Mikroorg. der Mundhöhle.* Leipzig.

MINZA DE CAFFRAY. Thèse de Paris, 1867.

MOLLIÈRE. *Note sur la chirurg. des voies salivaires.* Lyon méd., p. 39, 1887.

MONRO. *The cure of an in the cheek*, etc. P. Rimb. med. Essays and obs., t. II, p. 282.

MORAND. Mém. de l'Ac. roy. de Chirurg., 1762.

MORRIS. *Case of traumatic salivary*, etc. British med. Journ., t. I, p. 282.

MOTY. *Traitement des fistules du canal de Sténon.* Gaz. des Hôp., 5 oct. 1895.

NESTY. Thèse de Paris, 1875.

NICOLADONI. Verhandt. d. deutschen Gesellsch. f. Chirurg., 1896, 25 Congr., s. 82.

PARÉ. Edition Malgaigne, Paris, 1840, t. VI.

PASTEUR. Comptes-Rendus de l'Acad. des Sciences, 1881.

PELSCHINSKY. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1876.

PERCY. Bull. de l'Acad. de Méd., t. I, 1811.

MIGNATTI, MORANO e BACCARINI. Clinica med. italiana. 1901.

POZZI. *Fistule du canal de Sténon*, etc. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., t. VIII, juillet 1883.

RAPPIN. Thèse de Paris, 1881, e *Microorganismes du tube digestif*, etc. Nantes, 1893.

RASMÜSSEN. *Om dryking of mikroorg.*, etc. Copenhague, 1883.

RAVANEL. Annales méd. de la Suisse Romande, 1883.

RIBERI. *Ragionamento intorno alle fistole*, e c. Congresso medico italiano di Torino, settembre 1840.

RICHELOT. *Fistule salivaire du canal de Sténon*, etc. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., p. 532, 1882.

RIGHETTI. Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia, ottobre 1907. Lo Sperimentale, 1908.
ROBIN. *Des végétaux qui croissent*, etc. Paris, 1887.
RODOLPHI, Gazette méd. de Paris, 1859 e Gazette hebdomad., 1854.
ROLANDO. *Sulle lesioni del dotto di Stenone* Saronno, 1898.
ROSENBACH. *Mikroorg. bei der Mundsinfection* etc. Wiesbaden, 1884.
SANARELLI. Centralbl. für Bakt., X. Bd., p. 815.
SUZANNE. Arch. de Phys. norm. et pathol., 1887.
TERRIER, GUILLEMAIN, MALHERBE. *Chirurgie de la face*. Paris, 1897, p. 114.
TILLAUX. *Traité de Chirurgie clinique*.
TORNLEY STOKES. Dublin Journ. of med. Sciences. January 1882.
TRÉLAT. V. Tesi di Cadat, 1872.
TUSSAN. Thèse de Lyon, 1885.
VIBORG. Citato da VELPEAU.
VELPEAU. *Medicina operatoria*. Trad. Pignassa. Milano, 1833.
ZANG. Citato da VELPEAU.

57168
R. BIBLIOTECA MEDICA ROMA

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 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.

LA SEZIONE PRATICA 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 formole.

Pubblica articoli e quadri statistici intorno alla mortalità e alle malattie contagiose nelle principali città d'Italia, e dà notizie esatte sulle condizioni o 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 gl'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	23	Fr. oro
2. Alla sezione chirurgica e alla sezione pratica »	15	23	
3. Alle tre sezioni insieme . . . . . »	20	30	
4. Alla sola sezione pratica . . . . . »	10	15	

Un num. separato della **sezione medica** o **chirurgica** *Lire UNA*

Un num. separato della **sezione pratica** *cent.* **50.**

Il **Policlinico** si pubblica sei volte il mese.

La **sezione medica** e la **sezione chirurgica** si pubblicano ciascuna 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.