

I restringimenti del retto : memoria / del dott. Andrea Ceccherelli.

Contributors

Ceccherelli, Andrea.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Firenze : Tip. Adriano Salani, 1880.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/vmcxxcyj>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

479/100
24/a 2

I RESTRINGIMENTI
DEL RETTO

MEMORIA

DEL DOTT. ANDREA CECCHERELLI

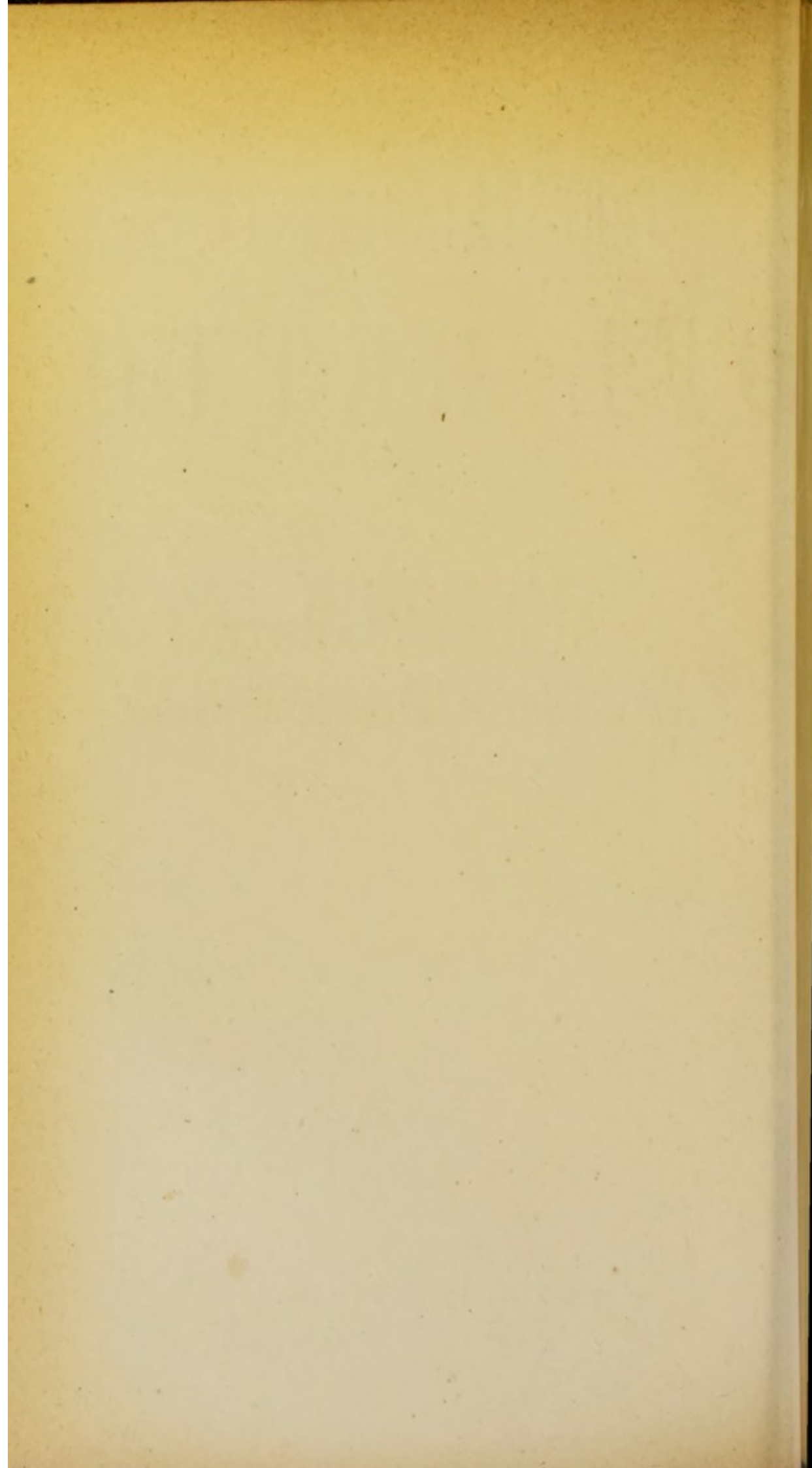


FIRENZE

TIPOGRAFIA ADRIANO SALANI

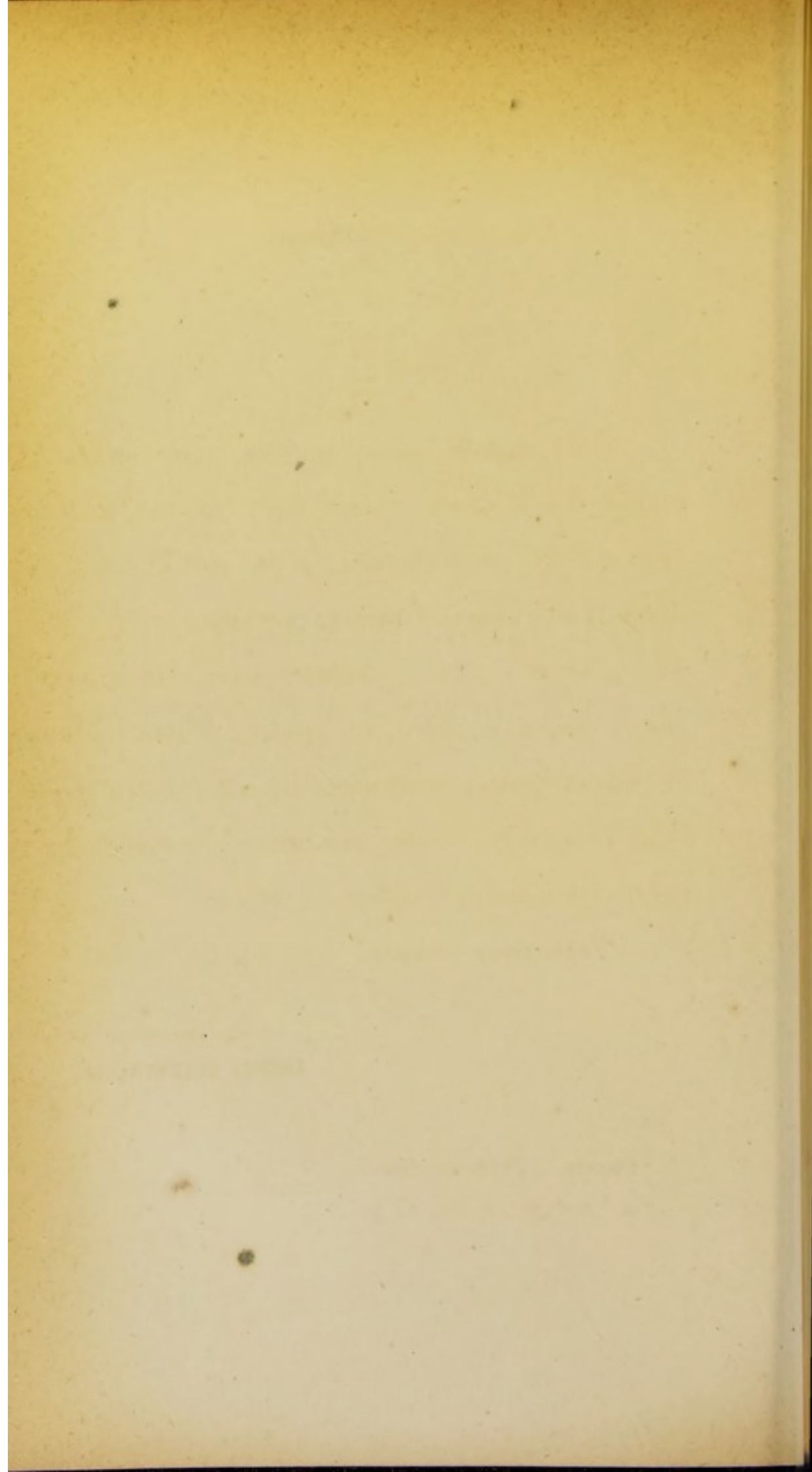
Via S. Niccolo, 102

1880.



AI MIEI MAESTRI

DEL R. ISTITUTO SUPERIORE DI FIRENZE.



Stimatissimi Professori

Non sapeva, nè so ancora, come meglio testimoniare Vi il grato animo mio, che col dedicare a Voi questo umile lavoro; e col dir Vi che non ho dimenticato quanto faceste per me.

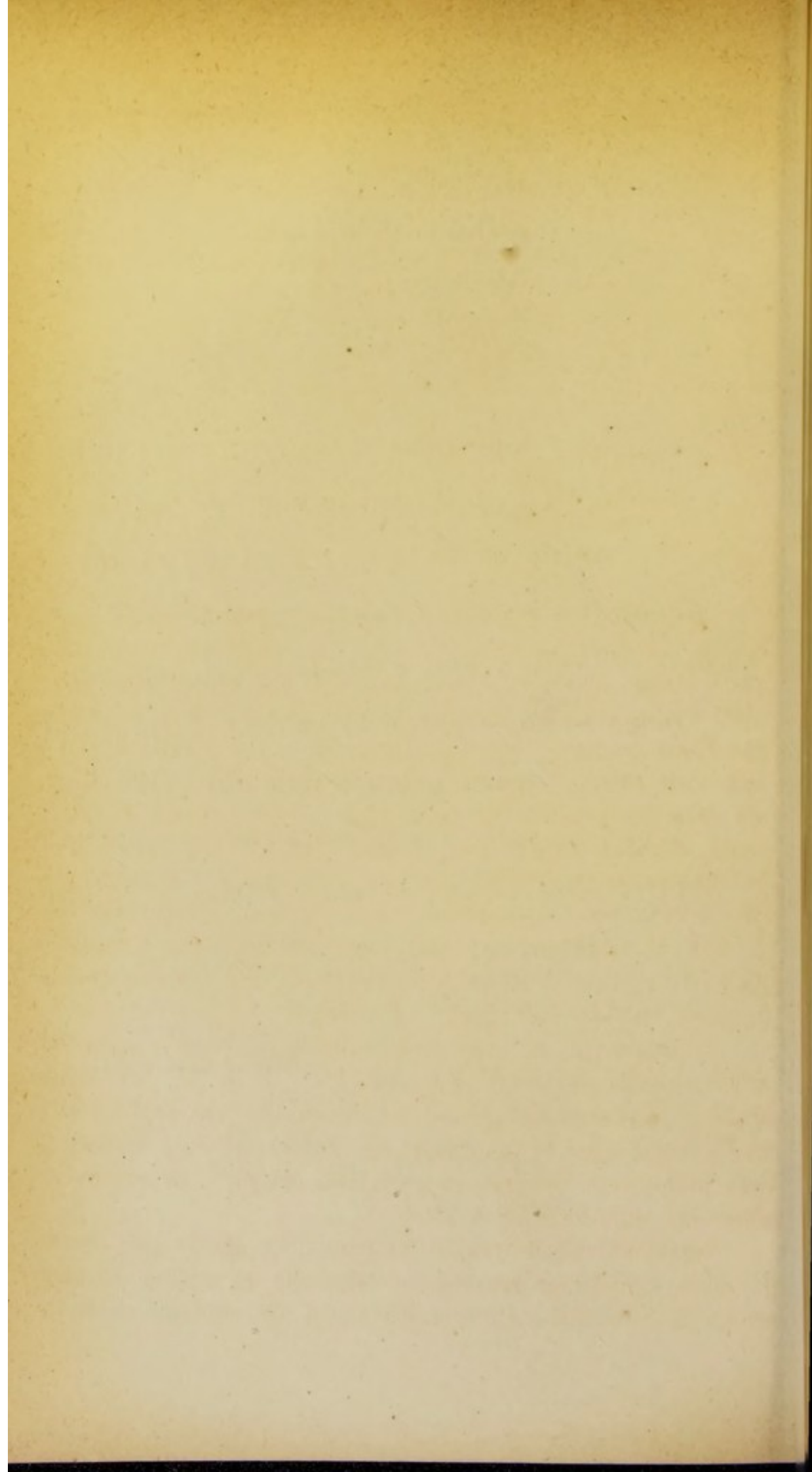
Che se i voti e desiderj miei, un giorno, saranno paghi, e potrò, in qualche Città lontana dalla mia Firenze, insegnare ad altri tutto quello che Voi insegnaste a me, conserverò sempre per Voi tutta riconoscenza, affetto e stima.

Abbiatemi sempre

Per Vostro Affezionatissimo

ANDREA CECCHERELLI

FIRENZE, 4 febbrajo 1880
Via Pandolfini 9 bis, 2.^o p.



I.

INTRODUZIONE

Un'argomento che abbia fornita occasione di studio quanto quello dei restringimenti del retto, io credo che ve ne sieno pochi nella patologia chirurgica: ma nel tempo stesso che è stato molto studiato, bisogna dir pur anco che non lo fu altro che dagli specialisti per trattarne solo una forma, e non le sue varie specie, e quel che più importa dal punto di vista della terapeutica. Mi prese voglia di occuparmi di questo tema, dopochè mi avvenne di curare un'individuo molestato da questa penosissima — fra le penose — infermità, e che con conveniente cura potei liberarlo da tanto martoro. L'individuo che io curai si mantenne in buone condizioni per circa 6 mesi dopo l'atto operatorio al quale lo sottoposi; più tardi lo perdei di vista, essendo stato inviato in un'isola.

Lo scopo che mi sono prefisso, nello scrivere questa Memoria sui restringimenti del retto, è quello di fare una monografia — la più completa che mi sarà possibile — su questa malattia: e vedere poi di assegnare un valore ai varj metodi di cura proposti, e stabilire in quali casi sia più conveniente di adoprarne uno, anzichè un'altro.

Veramente questo studio mi pare utile; tanto più che so di certo, e molti ne possono far fede, che da alcuni si teme troppo la rettomia, rimedio sovrano, e che equivale — pei re-

stringimenti del retto — alla uretrotomia nei restringimenti dell'uretra.

Incomincerò prima di tutto dal descrivere il caso, che ebbi in cura; e lo descriverò dettagliatamente più che potrò, in quanto che la descrizione di questo servirà quasi di esposizione dei sintomi dei restringimenti del retto, fino a quel punto che l'arte sopravviene, e ne tronca il decorso; resterebbe poi il quadro più triste, e cioè quello dei restringimenti lasciati a se stessi o per incuria del medico (il che è raro); o per pusillanimità del malato che si rifiuta ad una cura energica, perchè dolorosa, e cruenta. Quest' ultima parte in pochi tratti di penna sarà da me descritta a suo luogo.

Ed ora entro subito in argomento. Ecco la storia del caso da me curato.

« Un tale A... B... di anni 40 circa, di professione molto incerta, perchè passò la massima parte del suo tempo per le carceri dove fece varj mestieri, ebbe un'ulcera sifilitica al glande all'età di 20 anni circa; non ricorda che cura gli fu fatta; ma certo la cura mercuriale, perchè rammenta di aver pres delle pillole per diverso tempo. Si trattava di un'ulcera sifilitica, perchè si sovviene benissimo di avere avute delle eruzioni pel corpo, e delle placche mucose in bocca ed allo scroto che lo tormentavano assai. Premetto subito che non so dicerto se fosse mai pederasta passivo: egli negava in modo risoluto; la lunga vita fatta per le carceri ed in compagnia di altri esseri degradati al pari di lui, ne possono far nascere il sospetto, e non allontanarlo del tutto, malgrado le negative assolute e ripetute dell'individuo ammalato. Egli era sano, tanto che ad eccezione della sifilide, e di qualche leggero reuma, non si ricorda di avere avute sofferenze di sorta. Uomo robusto, aveva molto appetito, e quando era in prigione cercava sempre di togliere ai compagni gli avanzi del loro vitto, non essendo mai sazio di quello che gli si perveniva di diritto. — Le sue digestioni si compievano sempre regolarmente, ed aveva delle defecazioni composte di fecchie indurite e ben modellate — salvo rare eccezioni — tutti i giorni. Ai primi dell'anno 1876, questa regolarità nelle evacuazioni andò diminuendo, tanto che andava di corpo ogni due, tre, quattro giorni; poi a poco per volta si accorse

« (perchè guardava le sue feccie a causa dei forti dolori che
 « sentiva defecando) che nel vaso vi erano miste alle feccie delle
 « materie sanguinolenti, miste a marcia, come la caratterizzava il
 « malato stesso. L'appetito intanto diminuiva; e siccome si la-
 « mentava di disturbi gastrici, ed annunciava di non potere de-
 « fecare che raramente, più volte, dal medico che egli consultava,
 « gli vennero dati dei clisteri e dei purgativi, che servirono a
 « sbarazzarlo delle feccie che non avevano potuto essere evacuate
 « per lo innanzi. — Così passò vario tempo, con questi lamen-
 « ti del paziente, che non sapeva cosa fare per mitigare i dolori,
 « almeno in parte. — Dopo quasi 10 mesi di sofferenze, e cioè
 « nel febbrajo 1877, lo vidi io, essendo morto il mio ottimo a-
 « mico il Dottore Chiarino Chiarini, che lo aveva fino ad allora
 « veduto e curato. Anch'io per due o tre volte prescrissi un
 « purgante; ma il B... si lamentava sempre di dolori molto vivi
 « lerare volte che defecava; di evacuare delle materie purulente
 « e sanguinolente; e di più accennava ad un senso di ripienezza;
 « ad un continuo tenesmo, tanto che parevagli ad ogni momento
 « di avere bisogno di vuotare l'intestino, e non lo poteva con suo
 « gran dispiacere e sofferenza. Dimagrava a vista d'occhio. Parlan-
 « domi di queste materie purulente e sanguinolente lo feci met-
 « tere separato, e volli che fossero conservate per vederle da me.
 « Dopo due giorni avendo avuta una evacuazione tra i più forti
 « e vivi spasimi, potei esaminarle il giorno appresso. Mi colpì
 « subito, anzichè il pus ed il sangue per il quale le aveva fatte
 « serbare, che le feccie erano in parte sciolte, poltigliose; in
 « parte formate, ma di un sottile calibro in modo che parevano
 « come un nastro.

« M'insospettii allora; e volli vedere di che si trattava.
 « Il ventre era teso e ripieno di gaz, tanto che alla percus-
 « sione si aveva un suono timpanico deciso: palpando poi
 « verso la fossa iliaca, in corrispondenza dell'*S* iliaco, si percepiva
 « della durezza, che certo dipendeva da feccie, da scibale là
 « trattenute. Nei contorni dell'ano vi era un piccolo condiloma a
 « cresta di gallo, che più tardi recisi con un colpo di forbici — Volli
 « immediatamente fare il riscontro rettale. Il mio dito indice sor-
 « montò senza difficoltà gli sfinteri anali: ma penetrato per circa
 « 4 centimetri trovò un ostacolo, e non potei andare innanzi:
 « allora cercai di raccapezzare in cosa consisteva questo intop-
 « po. — Col polpastrello del dito sentivo che la superficie, in

« contatto di quello, era uniformemente liscia, regolare, dura:
 « nel centro vi era un foro, che era il lume dell'intestino ristretto.
 « Cercai di farmi strada attraverso di quello; e lo potei, a sten-
 « to, ed anco perchè la mia mano è molto piccola, che del resto
 « sono certo non mi sarebbe riuscito. Penetrò solo la prima fa-
 « lange del mio dito che per tutta la sua estensione sentivo
 « abbracciata, e stretta come da un cerchio liscio, duro, resi-
 « stente; al di là vi erano delle materie molli, per certo fec-
 « cie, e non più restringimento. Intanto aveva potuto determinare
 « che l'ostacolo ed il dolore alla defecazione, dipendevano da un
 « restringimento del retto, che era cilindrico, che si trovava a 4
 « centimetri dall'ano, che aveva un'altezza di 1 centimetro e
 « mezzo, o 2 tutto al più; che non vi erano in corrispondenza
 « del restringimento e al di sotto di quello delle ulcerazioni che
 « potessero dare ragione della suppurazione, e che conseguente-
 « mente dovevano essere al di sopra dell'intestino ristretto: che
 « la superficie dell'intestino da me esplorata era liscia, levigata,
 « e che se non vi fosse stata la diminuzione di calibro sarebbe
 « sembrata sana. Si trattava adunque di un restringimento del
 « retto, che subito diagnosticai come sifilitico, perchè: 1.° non
 « poteva essere cicatriziale per trauma, oppure infiammatorio,
 « essendo questa specie di restringimenti rarissimi; e di più nel
 « caso non vi erano stati nè vi erano sintomi di flogosi; trau-
 « matismi di sorta; 2.° non canceroso, perchè non era ulcerato,
 « non vi erano ingorghi glandolari agli inguini, non segni di tu-
 « more in alcuna parte; 3.° non dissenterico, perchè non vi era
 « stata mai dissenteria: 4.° non venereo, cioè, per ulcera vene-
 « rea al retto, perchè di questa non vi erano traccie. Era un re-
 « stringimento sifilitico, perchè vi era stata antecedente sifilide;
 « perchè quelle erano la sede, la forma, i caratteri del restringi-
 « mento sifilitico; perchè finalmente, a prima vista lo diceva tale
 « quel condiloma, a cresta di gallo — manifestazione sifilitica tar-
 « diva. — che era nelle vicinanze dell'ano. Stabilita ormai questa
 « diagnosi, cioè di restringimento sifilitico, volli tentare, sebbene
 « ne avessi poca fiducia, la cura specifica con l'Joduro di Potas-
 « sio e con le frizioni con pomata della metà. L'Joduro fu preso
 « per 30 giorni, e fu portata la dose sino a 2 1/2 grammi al
 « giorno; le frizioni mercuriali vennero fatte per 5 sere, e poi
 « cessate perchè cominciò lo ptialismo. Dopo un mese nulla si
 « era guadagnato; il restringimento non aveva menomamente

« subite modificazioni. In questo tempo aveva prescritti dei cli-
 « steri frequentemente, tanto per aiutare le defecazioni che era-
 « no state sempre dolorose, rare, e miste a pus e sangue, e con
 « i medesimi caratteri fisici, in quanto a forma e consistenza. Il
 « B..... era sofferentissimo, e fu allora che io mi decisi ad agire
 « più energicamente. Confesso il vero che non aveva la menoma
 « fiducia nella dilatazione semplice. Si trattava di un restringi-
 « mento duro, resistente, che non cedeva agli sforzi, delicati sia
 « pure, ma sempre sforzi, che io faceva con il dito. Cosa dove-
 « va fare una candeletta? Nulla, o ben poco; giust'appunto come
 « avviene nei restringimenti cicatriziali dell'uretra, che si può
 « durare dei mesi a passare una candeletta e restare sempre lì.
 « Decisi immediatamente di fare la rettotomia. Mi sembrò inu-
 « tile di fare la rettotomia lineare, come consiglia il Verneuil,
 « perchè si trattava di un restringimento che si poteva comple-
 « tamente dominare, e perchè al disotto del restringimento si
 « avevano per 3 centimetri, 3 1/2 centimetri di intestino sano,
 « e lo sfintere pure non ammalato. Preferii un incisione sola,
 « profonda, che comprendesse tutto il restringimento, perchè era
 « esso tanto in basso, che non avevo paura andando al di là
 « dello spessore suo di compromettere il peritoneo; e perchè mi
 « sembra che pei restringimenti del retto come per quelli del-
 « l'esofago e dell'uretra sia da preferirsi la incisione larga, am-
 « pia, ai piccoli tagli, che equivalgano a delle scarificazioni. Pre-
 « si adunque un bistoury bottonato, e nascosta la lama sulla fac-
 « cia palmare del dito indice della mano destra, lo introdussi
 « nel retto facendogli strada col dito. Arrivato al restringimento
 « feci fare un movimento di rotazione al dito, in modo che il
 « tagliente del coltello venisse ad essere rivolto indietro. Spinsi
 « allora il bistoury attraverso il restringimento, ed imprimendo-
 « gli dei movimenti di va e vieni, lo incisi fino a tanto che sen-
 « tii della resistenza da vincere. L'emorragia fu pochissima. Fat-
 « te delle iniezioni con acqua fenizzata, introdussi nel retto un
 « tampone sufficientemente grosso, bene unto con olio di man-
 « dorle. Il B..... non risentì, dall'operazione sofferta, molti dolori.
 « Nella notte ebbe subito una copiosa evacuazione di materie
 « sempre in parte sciolte ed in parte dure, e miste a pus e san-
 « gue. Dopo avere defecato ebbe senso di bruciore all'ano ed al
 « retto; ma a poco a poco si calmò, specialmente dopo che gli
 « furono fatte delle iniezioni e rimesso un altro tampone. Nei

« giorni successivi i dolori nell'atto dell'evacuazione — che avveni-
 « niva più spesso e più regolarmente — ed anco le secrezioni
 « purulente andarono diminuendo. E bisogna pure dire che il
 « B..... andava continuamente rimettendosi in salute, essendosi
 « in lui, da prima un po'sedati e poi cessati del tutto i disturbi
 « gastrici e le sofferenze tutte che gli avevano resa tanto mole-
 « sta la vita. Le mie cure si residuarono soltanto in quelle di
 « una scrupolosa nettezza, lavando e facendo iniezioni rettali il
 « più frequente che era possibile: e nel mantenere l'intestino di-
 « latato, impedendo per mezzo di tamponi la cicatrizzazione
 « del restringimento nel punto inciso. Dopo un mese circa, non
 « vi era più suppurazione, ed il B.... poteva dirsi completamen-
 « te guarito.

« Però, malgrado questo, sapevo che avevo da lottare sempre
 « contro il grande spauracchio dei restringimenti del retto, e cioè:
 « la recidiva. E giust' appunto per evitarla, od almeno per al-
 « lontanaarla il più che mi era possibile, da prima ogni tre o
 « quattro giorni, e poi più raramente, introducevo nel retto del
 « B.... una canula assai voluminosa, lasciandovela per pochissimi mi-
 « nuti. Dopo quasi sei mesi dalla fatta rettotomia, l'intestino a-
 « veva conservato il suo calibrio, tanto che la canula vi pene-
 « trava liberamente e senza ostacoli. Però perdei di vista il mio
 « paziente, e più non ne riseppi notizia. »

II.

ANATOMIA, FISIOLOGIA E SVILUPPO DELL' ANO E DEL RETTO.

Questa è la storia del caso di restringimento del retto stato da me osservato e curato, e che mi sono deciso oggi a rendere di pubblica ragione, solo perchè mi sembrò importante, come ho già detto, di studiare dettagliatamente i restringimenti del retto, ed inoltre le indicazioni terapeutiche che si adattano ai varj casi. Ma prima di tutto non mi pare fuori di

luogo rammentare un po' dell'anatomia del retto, per intendersi bene intorno alla sede dei restringimenti, e più che altro per spiegarne la formazione di alcuni. Ed a questo scopo è necessario accennare ancora lo sviluppo embriogenetico dell'ano e del retto, per vedere poi per quali arresti od errori di sviluppo si hanno atresie o restringimenti là dove dovrebbe essere un canale aperto.

Se l'estremo inferiore del retto è ben determinato, e cioè dall'ano, non lo è ugualmente il limite superiore, giacchè si continua senza differenza di calibro o di struttura con l'*S* iliaco; ma convenzionalmente si può dire che il retto comincia là dove termina il colon in corrispondenza dello stretto superiore del bacino, cioè della sinfisi sacro-iliaca sinistra. Il retto percorre l'escavazione del bacino in rapporto della parete posteriore di quello, lungo la curva del sacro prendendone così anche la forma. Il peritoneo unisce il retto al sacro per mezzo di una ripiegatura, in alto larga abbastanza, e poi più stretta, fino a tanto che riflettendosi per ricuoprire la vescica nell'uomo, l'utero nella donna, lascia il retto senza rivestimento della sierosa, in modo che trovasi l'intestino in immediato contatto di questi organi ed unito soltanto per mezzo di tessuto cellulare. In tal modo resta più fisso in basso che non in alto, ove ha tutta la mobilità propria agli intestini.

L'intestino retto avrà una lunghezza media di 18 a 22 centimetri; secondo il Sappey (1); con l'avvertenza che la parete sua posteriore è più corta di quella anteriore. Il suo calibro varia a seconda che è pieno o vuoto; non è circolare, perchè posteriormente rimane schiacciato per il contatto del sacro e del coccige; però si può dire che il calibro suo, quando è vuoto, può paragonarsi a quello dell'intestino tenue e cioè da 2 $\frac{1}{2}$ a 3 centimetri di diametro; e se pieno può aumentare sinanco da misurare il calibro del cieco. Il retto che comincia, il più spesso a sinistra in corrispondenza della base del sacro si porta da prima in basso, in dietro ed a destra; a livello della

(1). SAPPEY. — *Traité d'Anatomie Descriptive*. — Paris 1874 — Tome Quatrième — Page 260. —

terza vertebra sacrale, ritorna sulla linea mediana, si volge un po' più a destra, si addossa alla faccia laterale destra della quarta vertebra sacrale, e poi si fa obliquo sempre in basso ma in avanti, fino a tanto che giunto in corrispondenza di una linea trasversale che si partirebbe dalle tuberosità ischiatiche si rivolge in basso ed in dietro e termina nell'ano. — Secondo il Sappey, queste porzioni di retto avrebbero delle misure molto differenti; e cioè la prima porzione, che si porta in basso ed in dietro di 8 o 9 centimetri; la seconda, che va in basso ed in avanti di 10 a 11 centimetri; la terza, che va in basso ed in dietro di 2 o 3 centimetri nell'uomo, di 1 1/2 o 2 centimetri nella donna.

Come ho detto di sopra è la prima porzione di retto quella che viene ricoperta anteriormente e lateralmente dal peritoneo, che forma poi una ripiegatura triangolare chiamata mesoretto, la quale si attacca indietro al sacro, tappezza la faccia posteriore della porzione superiore del retto, e va poi a continuarsi con il mesocolon iliaco. È in questa ripiegatura — che corrisponde alla terza vertebra sacrale — che vi sono l'arteria e la vena mesenteriche inferiori, i nervi che accompagnano questi vasi, i gangli linfatici, e del tessuto cellulare ed adiposo. La seconda porzione del retto corrisponde alla faccia posteriore-inferiore del sacro, all'origine dei muscoli piramidali, al coccige ed ai muscoli ischio-coccigei. Il peritoneo ricuopre la faccia anteriore e le laterali soltanto per circa la metà della seconda porzione del retto, il quale è tutto contornato da tessuto cellulare molto lasso, che posteriormente, sulla linea mediana, è consolidato da alcune fibre muscolari che partono dal retto. La faccia anteriore di questa porzione di intestino è quella che varia molto nei suoi rapporti a seconda del sesso; e così nell'uomo corrisponderà alle vescicole seminali, ai canali deferenti ed alla vescica; al davanti delle vescicole seminali sulla linea mediana il retto ha dei rapporti con la faccia inferiore della prostata. Nella donna invece è in rapporto con il peritoneo; le circonvoluzioni più inferiori dell'ileo, che s'interpongono tra retto ed utero; e con la parete inferiore della vagina, che è unita al retto per mezzo di lasso tessuto cellulare. Il peritoneo nella

donna, dopo di avere ricoperto il retto nella sua faccia anteriore per circa la metà della sua seconda porzione, si ripiega in avanti, e ricuopre l'utero, venendo così — a quel che dice Sappey — ad essere distante questo cul di sacco 6 centimetri dall'ano.

La terza porzione od inferiore od anale del retto, è limitata dagli elevatori dell'ano; con i quali ha dei rapporti intimissimi; e con lo sfintere esterno. — Lateralmente vi è uno strato di cellulare e di adipe, ed i vasi emorroidarj inferiori. Nell'uomo anteriormente e superiormente ha rapporti con la prostata e la porzione membranosa dell'uretra. Nella donna aderisce alla vagina.

Ciò che mi sembra importante molto di determinare si è per quanta estensione il peritoneo ricuopre il retto, e per quanta poi lo lascia allo scoperto, per potere — a tempo opportuno — discutere per quale estensione si può incidere il retto senza ledere il peritoneo, ed essere così anche sicuri che non avverranno stravasi intraperitoneali. —

Ho detto, tenendo a guida ciò che ci insegna il Sappey che il retto ha una lunghezza di 18 a 22 centimetri, e cioè una media di 20 a 21 centimetri; che il peritoneo ricuopre l'intera prima porzione e cioè per 8 o 9 centimetri, e per circa metà la seconda, e cioè; essendo questa di 10 a 11 centimetri; per 5, o 5 $1\frac{1}{2}$ centimetri. Restano adunque allo scoperto 5 o 5 $1\frac{1}{2}$ centimetri della seconda porzione di retto, e 2 o 3 centimetri della terza porzione od anale. — Sarebbero adunque per 7 od 8 centimetri che avremmo il retto non ricoperto dal peritoneo, e circondato da lasso tessuto cellulare, rinforzato soltanto posteriormente sulla linea mediana da alcune fibre della tunica muscolare dell'intestino stesso. È a queste medesime conclusioni che venivo in una Comunicazione fatta alla Società Medica Fisica di Firenze alcuni anni or sono (1); aggiungendo che trattandosi di rapporti molto lassi fra retto e peritoneo, si potrà questo distaccare con molta facilità. — Convie-

(1). CECCHERELLI ANDREA. — *Estirpazione dell'estremità inferiore del retto.* — « Lo Sperimentale. » — Tomo XXXVIII — 1876 — Pag. 415. —

ne poi che non lasci inavvertito che per certi atti operatorj, i quali giust' appunto sono quelli che si possono fare, e con felice risultato nei restringimenti del retto, abbiamo questo non ricoperto dal peritoneo anche per tutta la sua faccia posteriore della sua seconda porzione, e cioè per altri 5 o 5 1/2 centimetri, oltre quei 7 od 8 di già notati come assolutamente liberi dal peritoneo.

Non meno importante che per il peritoneo è di sapere come si comporta il sistema sanguigno. — Le arterie emorroidarie superiori, nate dalla mesenterica inferiore in corrispondenza del mesoretto, si distribuiscono a tutto il retto. — Quelle che sono destinate alla prima porzione penetrano nei tessuti che lo compongono dalla faccia sua posteriore; quelle che si ramificano alla porzione media penetrano principalmente dalle faccie laterali, mentre quelle che vanno all' ultima porzione od anale arrivano sino alla mucosa facendosi strada da tutti i punti della circonferenza del retto. Le arterie emorroidarie medie nate dall' ipogastrica, e destinate principalmente alla vagina od alla prostata, ed a stabilire comunicazioni tra la mesenterica inferiore e le iliache interne danno alcuni ramuscoli anteriori che si perdono nel retto soltanto nella sua parete anteriore. — Le arterie emorroidarie inferiori che provengono dalla pudenda interna danno pochi ramuscoli alla porzione inferiore del retto, per andare poi a distribuirsi e perdersi nella pelle e nell' adipe del perineo, e nello sfintere esterno. — Le vene, che accompagnano le arterie, specialmente le emorroidarie superiori, formano una ricchissima rete nella porzione anale del retto; causa dei pacchetti emorroidarj; e poi vanno a gettarsi nella vena mesenterica inferiore. È pure molto abbondante la rete dei vasi linfatici del retto, che — secondo il Sappey — anderebbero a gettarsi in una serie di gangli proprj all' intestino e situati sulla parte posteriore del retto, anzichè terminare nei gangli che si trovano sulle pareti laterali dell' escavazione pelvica, come vorrebbero alcuni anatomici.

I nervi che provengono o dal gran simpatico e cioè dal plesso mesenterico inferiore, dalla porzione sacrale del gran simpatico e dal plesso ipogastrico, o dal terzo, quarto, quinto pajo

sacrali del sistema cerebro-spinale, si distribuiscono al retto, formando tre plessi, chiamati — giust'appunto come i plessi anteriori e venosi che sono destinati ad accompagnare — superiore, medio ed inferiore.

Il retto, al pari del canale intestinale, è composto di quattro tuniche, e cioè: sierosa, muscolare, cellulare e mucosa. — Della prima tunica, e cioè della sierosa, ne ho già detto abbastanza poco sopra, perchè occorra che io vi ritorni sopra.

Lo strato più importante a studiare è certo quello muscolare. Vi sono due specie di fibre, e cioè longitudinali e circolari. Le fibre longitudinali provengono da tre fasci muscolari longitudinali del colon. — Il fascio anteriore percorre la faccia anteriore del retto ed arriva fino all'ano. — Il fascio esterno, che è pure il più sottile, a poco a poco si avvicina al fascio anteriore giusto sul terminare dell'*S* iliaco, e vi si unisce a dirittura nella prima porzione del retto per continuare il loro decorso insieme. — Il fascio interno poi arriva all'ano percorrendo la linea mediana della faccia posteriore dell'intestino retto. I tre fasci adunque riunitisi in due percorrendo il loro cammino, vanno sempre più allargandosi ed assottigliandosi, fino a tanto che arrivando alla parete inferiore dell'escavazione pelvica, vi si ramificano e vi si perdono molto differentemente a seconda che traversano l'aponeurosi pelvica superiore; gli elevatori dell'ano e gl'ischio-coccigei: oppure vanno alla pelle ed al tessuto adiposo. — Delle fibre destinate all'aponeurosi pelvica superiore; quelle che sono posteriori si riflettono in alto formando un fascio che va sino all'apice del sacro, e che sarebbe retrattore dell'ano e danno alcune fibre ai muscoli che incontra; le fibre laterali poi si fissano alla faccia profonda della aponeurosi pelvica superiore fissando così l'intestino a questa. Le fibre che vanno agli elevatori dell'ano ed agli ischio-coccigei s'inseriscono da prima ad una bandelletta cellulo-fibrosa che dà inserzione all'elevatore dell'ano — Le fibre finalmente che vanno alla pelle ed all'adipe, alcune, poco al di sopra dell'apertura dell'ano, producono dei piccoli tendini che dopo avere decorso tra lo sfintere esterno e lo sfintere interno, arrivate al margine inferiore di questo, e sorpassa-

tolo di alcuni millimetri aderiscono alla faccia profonda della pelle; altre invece divengono pure tendinose, si mischiano ai fasci dello sfintere esterno, ed in diversi strati vanno ad inserirsi alla pelle dell' ano. Le fibre circolari del retto non hanno gran cosa di speciale da studiare; formano uno strato abbastanza spesso nella prima porzione, sottile nella seconda, molto sviluppato nella terza, costituendo così lo sfintere interno dell' ano. Devesi notare, in rapporto allo strato di fibre muscolari circolari del retto, che a causa della differenza di spessore che hanno le fibre nelle tre porzioni di retto, ne avviene che la porzione media o seconda, appunto perchè più sottile, è la più dilatabile, e di qui il nome attribuitogli di ampolla rettale. Lo sfintere interno, chiamato anche inferiore, ha un' altezza media di 4 centimetri; in basso termina là dove la mucosa si perde nella pelle, ed in alto va a confondersi con le fibre più elevate, differenziandosi unicamente per lo spessore. Non è raro che vi sia anche un' altro sfintere, che, secondo riferisce il Sappey, fu da Nèlaton chiamato superiore, e che costituito da un fascetto di rinforzo, corrisponderebbe presso a poco alla base della prostata. Questo fascetto, sede — giusta ciò che dice Nèlaton — più prediletta dei restringimenti organici, sarebbe a 7 od 8 centimetri al di sopra dell' ano, comprenderebbe solo la metà o poco più della circonferenza dell' intestino, e sarebbe formato da un' addensamento di fibre muscolari per l' altezza di circa 1 centimetro e lo spessore di 2, o 3 millimetri — Sappey cita di avere trovati due, ed una volta anche tre, di tali sfinteri.

La tunica cellulare non ha nulla di speciale, se si toglie la sua poca aderenza all' intestino, e la sua quantità segnata-mente là ove sono molte vene emorroidarie. —

La tunica mucosa è unita molto alla cellulare, e conseguentemente alla muscolare. Ma nel quarto inferiore del retto però, cellulare e mucosa sono meno aderenti, ed unite alla muscolare per del lasso tessuto cellulare — La sua faccia libera ha delle numerose ripiegature come il resto del canale intestinale. — In corrispondenza poi del margine inferiore dello sfin-

tere interno, il Glisson ed il Morgagni (1) descrissero delle ripiegature curvilinee, in numero di 5 o 6, piccolissime, a concavità superiore, che vanno a formare come una linea a festoni, ed alle quali dettero il nome di *valvole semilunari*. — Queste valvole unendosi fra loro per i margini liberi o concavi formano dei pilastri della altezza di 1 od 1 1/2 centimetri, descritti pure da Morgagni, e da lui chiamati *colonne dell'ano*; e degli interstizj fra colonna e colonna che sono delle semplici depressioni. —

L'ano è l'estremo terminale del retto. Vi è una differenza fra quello dell'uomo, e quello della donna. Nell'uomo è poco al di dietro della linea che riunisce i due ischi, al davanti della punta del coccige 2 1/2 centimetri; nella donna è giusto sulla linea bi-ischiatica, a 3 centimetri dalla punta del coccige. L'ano profondamente situato, più nell'uomo che nella donna, ha la pelle il più delle volte ricoperta di peli, ed ha tutt'intorno a sè delle ripiegature in senso verticale, a mo' di raggi; e che diminuiscono ed anche spariscono, purchè si dilati l'orifizio anale. L'ano è diretto in basso ed indietro, ha un'altezza di circa 12 millimetri, ed è limitato in basso dalla pelle ripiegata, come ho già detto, ed in alto dalla muccosa rettale, o dalle ripiegature semilunari — L'ano è provvisto di due *sfinteri*, uno detto *esterno* ed uno *interno*. Lo sfintere esterno, il più valido, diretto di dietro in avanti, è formato di due metà che vengono ad incontrarsi e ad incrociarsi tra loro; è un muscolo composto di fibre striate. Lo sfintere interno molto più debole, è un anello circolare, composto di fibre lisce, che vengono nella loro porzione più inferiore rafforzate da quelle dello sfintere esterno. Sopra gli sfinteri vi sono gli elevatori dell'ano destinati a facilitarne la dilatazione; fra questi muscoli e pareti del retto vi resta uno spazio ripieno di tessuto cellulo-adiposo, e che si chiama *escavazione ischio-rettale*. Le arterie e vene emorroidarie inferiori sono i vasi destinati all'ano, e che furono studiate parlando del retto. I linfatici parte nascono dalla muccosa e parte dalla pelle: i primi

(1). MORGAGNI. — *Advers. anatom.* III — animad. VI, P. 10, figura 1. —

vanno a terminare nei gangli ove terminano pure i linfatici del retto; i secondi vanno ai gangli interni dell'inguine. I nervi sono diramazioni del pudendo interno, proveniente dal plesso sacrale; e dal plesso ipogastrico.

Terminata così l'anatomia generale del retto e dell'ano, conviene riguardare questa regione anatomica nel suo insieme per potere in modo assoluto determinarne i rapporti, ed essere in grado, a tempo opportuno, di stabilire le indicazioni e contro-indicazioni operatorie. — In questa rapidissima rivista di anatomia topografica, oltre il Sappey, da me citato poco sopra, mi serviranno di guida Richet (1), Marc See (2), L. Gosselin (3), A. Dèspres (4), E. Delens (5), F. Esmarck (6), Boyer (7), Fort (8), Strambio (9), Velpeau e Bèraud (10), ed Ollivier (11); e procurerò di evitare la ripetizione di ciò che ho detto descrivendo retto ed ano, ponendo solo in rilievo quello che può essere utile. —

(1). RICHET. — *Traité pratique d'Anatomie Médico Chirurgicale.* — Paris 1873 — pag. 596. —

(2). SEE MARC. — *Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales.* — Première Série. — Tome Cinquième. — Paris 1870 — Pag. 425. —

(3). GOSSÉLIN. — *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.* — Tome Deuxième. — Paris 1865. — Pag. 608. —

(4). DÈSPRES. — *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.* — Tome Dix-neuvième. — Paris 1874 — Pag. 226. —

(5). DELENS. — *Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales.* — Troisième Série — Tome Deuxième. — Paris 1875 — Pag. 663. —

(6). ESMARCK. — *Enciclopedia di Patologia Chirurgica speciale e generale redatta da Pihta e Billroth.* — Vol. III — Parte II — Sez. VII — Napoli 1878 — Pag. 199. —

(7). BOYER. — *Trattato completo di Anatomia Descrittiva.* — Firenze 1835 — Pag. 617. —

(8). FORT. — *Anatomia descrittiva e dissezione.* — Milano 1871. — Tomo III — Pag. 171. —

(9). STRAMBIO. — *Trattato elementare di Anatomia descrittiva.* — Milano 1855. — Volume 2.^o — Pag. 60. —

(10). VELPEAU et BÉRAUD. — *Manuel d'Anatomie Chirurgicale.* — Paris 1862 — Pag. 494. —

(11). OLLIVIER. — *Dictionnaire de Médecine.* — Paris 1843 — Tome Vingt-Septième — Pag. 270. —

Il retto considerato nel suo insieme può dividersi in due grandi porzioni, una, cioè, sopra-peritoneale, ed una sottoperitoneale, o meglio, come fa il Richet in tre, e cioè la prima inferiore, tra l'ano e la prostata: la seconda tra la prostata ed il peritoneo; la terza tra il cul di sacco peritoneale e l'angolo sacro-vertebrale. In questo modo sarebbe suddivisa la porzione sottoperitoneale in due.

Le porzione ano-prostatica, lunga da 3 o 4 centimetri, è contornata od abbracciata dai due sfinteri dell'ano, e l'infundibulo che forma l'elevatore. Indietro ha del tessuto cellulare che la divide dalla punta del coccige; lateralmente le fosse ischio-rettali; in avanti vi è il triangolo retto-uretrale che è formato dall'uretra, dal perineo e dal retto, dimodochè verso l'apice, uretra e retto non sono separati fra di loro che per lo spessore della prostata; e più in alto da tessuto cellulare ove serpeggiano dei vasi, e da alcune fibre del trasverso del perineo. —

La porzione prostato-peritoneale, lunga circa 7 centimetri occupa lo spazio, chiamato da Richet, pelvi-rettale superiore; ha posteriormente e lateralmente del tessuto cellulare ed anteriormente la faccia posteriore della prostata, i condotti ejaculatorj, le vescicole seminali, e la faccia posteriore della vescica con l'interposizione di tessuto cellulare dell'aponeurosi prostato-peritoneale.

La porzione soprapерitoneale lunga circa 11 o 12 centimetri, è involta nel peritoneo, ed ha rapporti con le altre porzioni d'intestino, ed anteriormente con la vescica dalla quale è separata per le circonvoluzioni intestinali. —

Nella donna i rapporti del retto, se restano gli stessi che nell'uomo posteriormente e lateralmente, non lo sono del pari anteriormente. La porzione ano-prostatica non esiste; e si confonde questa prima porzione d'intestino con quella detta nell'uomo prostato-peritoneale, per formarne una sola, chiamata sottoperitoneale la quale è in rapporto con la vagina, con l'interposizione solo in basso di tessuto cellulare, mentre che in alto, vagina ed retto, sono in intimi rapporti di contatto ma non di unione, formando il così detto setto retto-vaginale. La porzione

superiore, che è meno lunga nella donna a causa del peritoneo che scende più in basso a ricuoprire la vagina che non la vescica nell'uomo, è in rapporto con il resto della vagina, cioè per circa un quinto, e con le anse intestinali, che scendendo in basso la separano dalla vescica.

Non insisto di più sulla disposizione del peritoneo, avendone già detto abbastanza: ma avvertirò qualche piccola cosa nuova, che è di dettaglio. Conviene fare attenzione e ben rammentare che varcati gli sfinteri, penetrando col dito nel retto, e dirigendolo in alto ed indietro si va ad urtare contro il retto stesso nella sua faccia posteriore, e così si può credere, come è avvenuto qualche volta, di avere che fare con qualche restringimento. — È il ricordo delle disposizioni anatomiche che ci faranno evitare questo errore. —

Ho già detto, referendomi a quello che ne dissero insigni anatomici, e più che tutto il Sappey, quale era il calibro del retto nelle varie sue porzioni. Quelle sono le cifre medie; ma bisogna notare che l'intestino, e specialmente nella porzione media del retto è dilatabilissimo, e così possono aversi delle dilatazioni enormi negli individui soggetti a costipazione, nella donna, e nei casi di paralisi; citando il Sappey giust' appunto il fatto di un individuo preso da quest'ultima affezione, e nel quale riscontrò il retto con una circonferenza di 34 centimetri. Ma dopo tutto l'intestino è dilatabilissimo; e ciò basti per il momento, dovendo più tardi ritornare su quest'argomento, quando dirò delle manovre proposte e fatte dal Simon, di dilatazione del retto a scopo diagnostico. —

Un ultimo dato conviene qui notare, relativo alle condizioni anatomiche del canale anale, come lo chiama il Prof. Pacini (1), e cioè che la resistenza all'introduzione del dito ce l'offrirà sempre lo sfintere interno, il quale è indipendente dalla volontà, e sta sempre contratto: mentre che lo sfintere esterno, che è sotto la dipendenza della volontà, si contrae solo quando l'individuo vuole, e se ne sta abitualmente rilas-

(1). PACINI PROF. FILIPPO. — *Di alcuni pregiudizj in Medicina Legale.* — Terza edizione, con molte aggiunte. — Firenze 1877. —

sato, lasciando così la porzione inferiore del canale anale socchiusa, perchè non vi è che reciproca sovrapposizione delle pareti laterali.

Ho già detto al principio di questo paragrafo che conveniva studiare il modo di formazione del retto e del canale anale per potere poi determinare in qual modo si potevano avere errori di sviluppo, e deformità congenite di questo estremo del canale digerente, causando così, o restringimenti od atresie. È questo il momento opportuno, per potere poi, dopo aver dette due parole sulla funzionalità di questa porzione di intestino, entrare subito in argomento studiando i restringimenti del retto.

Lo sviluppo dell'ano va di pari passo con quello dell'apparato genitale ed orinario: conviene parlare pure di questo per studiare quello.

L'embrione che da principio non è altro che un inspessimento della vescica blastodermica è composto: 1.^o di un'estremità cefalica ed una caudale: 2.^o un lato dorsale ed uno ventrale: 3.^o ai lati dorsali le così dette lamine viscerali o laterali che sono quelle delle quali conviene che ci occupiamo noi. Queste lamine viscerali sono quelle che verranno a formare le metà laterali del canale del corpo, dopo che si saranno ripiegate sul lato ventrale anteriormente e posteriormente, producendo così due inflessioni, che prendono il nome di cappuccio cefalico e di cappuccio caudale. Circa alla quarta settimana abbiamo completo un solco o doccia, il quale non è altro che la cavità primitiva del corpo. Intanto le lamine viscerali sono solcate, costituendo in tal modo gli archi viscerali.

Le lamine viscerali si scindono in due foglietti, uno interno o viscerale ed uno esterno o parietale. — I foglietti interni crescendo si avvicinano e vengono a formare, là dove era la cavità primitiva del corpo, una doccia, che poi progredendo diviene il tubo intestinale, il quale è composto nel suo primo periodo di formazione da due strati, e cioè uno interno che proviene dallo strato blastodermico interno, ed uno esterno che è un foglietto della lamina viscerale. — A poco a poco però la doccia o canale intestinale si chiude e si forma il tubo intestinale e si ha la separazione di questo dalla parete definitiva

del corpo, le cui due cavità laterali vanno a fondersi, costituendo un'unica cavità comune. Ho detto che il tubo intestinale si chiude: ma non è esatta quest' espressione, inquantochè rimane un punto aperto; quello che comunica con la cavità della vescica blastodermica, che diverrà la vescica ombelicale, per mezzo del condotto ombelicale, il quale a poco a poco si restringe. — Il Kölliker (1) che ha studiato molto bene e dettagliatamente lo sviluppo del canale intestinale, ecco cosa c' insegna su quest' argomento: ed io mi bado di allontanarmi da ciò che ci narra questo egregio ed illustre istologo, il quale ha studiato l'embrione con molta attenzione, tanto nei polli come nei conigli. —

Nei polli lo sviluppo dell' apertura anale era stato studiato sino ad ora solo dal Bornaupt (2) e dal Gasser (3). Fù il Gasser, il quale dimostrò pel primo che nel contorno di quest' apertura debbono mancare, cominciando dall' esterno all' interno, lo entoderma e l' ectoderma uniti insieme, ed il foglietto germinativo medio. -- Kölliker, con l' aiuto di un preparato di embrione di 2 giorni, credè però di essere autorizzato a non ammettere come buona l' opinione del Gasser, inquantochè i suoi preparati insegnerebbero piuttosto che posteriormente esiste il cercine terminale del foglietto germinativo medio. Come pure sarebbe un fatto che l' unione dei due foglietti germinativi superficiali col contorno di quella che sarà apertura anale, avviene più tardi. La formazione dell' apertura anale starebbe nei polli in rapporto con l' esistenza della borsa di Fabrizio. Avanti sarebbe una cloaca a fondo cieco. Tanto il Kölliker, quanto il Bornaupt ed il Gasser sono d' accordo nell' ammettere che l' apertura dell' intestino si fa dopo il quindicesimo giorno e così si capirebbe benissimo che la porzione esterna della cloaca

(1). KÖLLIKER ALBERT. — *Entwicklungsgeschichte des Menschen und der höheren Thiere.* — Leipzig — 1876-79. —

(2). BORNAUPT. — *Untersuchungen über die Entwicklung des Urogenital-systems beim Huhnchen.* — Riga 1867. —

(3). GASSER. — *Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Allantois, der Muller'schen Gänge und des Afters.* — Frankfurt 1874. —

si produrrebbe dal 6° al 7° giorno sino al 16°, insieme alla borsa di Fabrizio, a spese dell'ectoderma.

Gli studj del Kölliker sui conigli, allo scopo di studiare lo sviluppo della porzione terminale dell'intestino, portano a dei pregevoli risultati. L'apertura anale in questi animali avverrebbe fra l'11° ed il 12° giorno. — Comincerebbe sulla superficie esterna una forte depressione, giusto appunto come accade per la bocca. — È allora che l'ectoderma vi si adagia sopra prendendo la forma di un solco che va verso la cloaca, oppure nello spazio ove s'unisce l'allantoide con l'intestino. — Fra il dodicesimo ed il quattordicesimo giorno si avrebbe una vera e propria invaginazione verso la cloaca; la parete dell'ectoderma, chiamato da Foster e Balfour (1) mesoblaste, andrebbe assottigliandosi fino a tanto che avverrebbe una perforazione, che metterebbe in comunicazione la cloaca con l'esterno. — È questa perforazione appunto che costituisce l'ano.

Nell'uomo ecco ciò che avviene. — Fino alla quinta settimana il retto termina a fondo cieco, ed anteriormente prende comunicazione con l'allantoide, destinata a ricevere i condotti chiamati del Wolff.

È soltanto verso la fine della quinta settimana, ed il cominciare della sesta che si ha da prima la depressione, poi l'assottigliamento della membrana che s'interpone fra la cloaca e l'esterno, e per ultimo la perforazione completa. La cloaca allora ha comunicazione coll'esterno per mezzo di questa apertura stata descritta, che è situata giust'appunto sotto del retto, e sopra al seno-uro-genitale, ove si aprono i condotti di Wolff e di Muller, ed ancora la vescica urinaria che sono stati formati dalla porzione inferiore dell'allantoide, e sono già distinti dal tubo intestinale. Lo stesso che nei polli e nei conigli, avviene nell'uomo per la cloaca; essa diminuisce giornalmente fino a tanto che sparisce del tutto, lasciando soltanto due aperture; una delle quali per il seno-uro-genitale, ed è la superiore, ed una, e cioè l'inferiore, per la terminazione dell'intestino.

(1). FOSTER e BALFOUR. — *Éléments d'Embryologie*. — Traduzione del Dott. E. Rochefort. — Paris 1877. —

Prima però di vedere come si formi l'apparato genito-urinario, e studiare dipoi come la porzione terminale dell'intestino si separi da quello, conviene che vediamo come si sviluppa giust' appunto l'intestino. — Sono il foglietto germinativo interno, e quello che viene chiamata lamina fibrosa-intestinale del foglietto germinativo medio che contribuiscono alla sua formazione. — Questi due foglietti ricuoprono la cavità addominale continuandosi con la vescica ombelicale, che è quella ove va ad aprirsi l'intestino primitivo. — Consecutivamente il solco intestinale che era chiuso in alto ed in basso subisce delle trasformazioni; diviene un canale che dagli embriologi è stato diviso in tre porzioni, e cioè una buccale, una mediana, ed una terminale od anale. — Lasciando da parte la porzione buccale che più tardi comunica con lo esterno per mezzo di una apertura, detta bocca; e della porzione mediana, che mediante il condotto onfalo-mesenterico comunica con la vescica ombelicale, dirò solo della porzione anale. La quale prenderà consecutivamente comunicazione con l'esterno solo in grazia di un'apertura fattasi dall'esterno e che già ho descritto parlando dell'ano, il quale si forma più o meno presto, come giustamente fa rimarcare Erdl (1) nel suo pregevole trattato di Embriologia. — Ciò che va fatto notare e che disgraziatamente non è fino ad oggi benissimo studiato, si è che all'esterno, là dove si deve formare l'ano, comincia una depressione, che diviene una fossetta cutanea od esterna della cloaca; che questa fossetta diviene a poco a poco sempre più profonda e così va sempre più avvicinandosi al cul di sacco retto-allantoideo, fino a tanto che non vi comunica a dirittura. È giust' appunto del modo col quale avviene questa comunicazione che se ne sa pochissimo da tutti; ed in verità, come fa osservare il Campana (2) è questo ciò che più importerebbe di sapere ai Chirurghi per le quistioni di teratologia. —

Ho detto poco sopra che la cloaca; ove va a terminare la

(1). ERDL. — *Entwicklung des Leibesform der Menschen*. — Leipzig 1846. —

(2). CAMPANA. — *Dictionnaire encyclopedique des Sciences Medicales*. — Première Série — Tome Cinquième — Paris 1870 — Pag. 428. —

porzione anale dell' intestino, e che comunica all' esterno mercè l' apertura anale; comunica anteriormente anche con la vescica urinaria per mezzo del seno-uro-genitale. — E di quì i rapporti che vi sono fino ad una certa epoca fra apparato genito-urinario, e l' ultima porzione dell' intestino.

La vescica urinaria non è altro che la dilatazione della terminazione dell'allantoide; mentre, il tratto suo superiore costituisce l'uraco, il quale, obliterato che sia, diviene il ligamento vescicale medio. Il seno-uro-genitale che farebbe comunicare la cloaca con la vescica non è che una continuazione della vescica urinaria, e riceve i dutti genitali proprio nel punto di demarcazione. — È in questo seno che va a terminare l' uretra, giusto dove sboccano i dutti genitali; ed è pure questo seno che differisce più tardi nell' uomo e nella donna, giacchè nel primo si allunga molto, e va a costituire la porzione di uretra, membranosa e prostatica, mentre nella seconda diminuisce a poco a poco, sparisce, e viene a costituirsi in quella depressione dove esisteva il vestibolo della vagina. —

Ora che abbiamo veduto quali sono i rapporti che esistono fra la porzione terminale dell' intestino e l' apparato genito-urinario, mercè la cloaca ed il seno uro-genitale, conviene per ultimo vedere in qual modo cessano questi rapporti fra l'uno apparato e l' altro, e come possono acquistare vita e funzionalità autonome. Il Rathke (1) descrive un setto retto-vescicale che sarebbe la continuazione della parete posteriore del peduncolo dell' allantoide; per mezzo di una piega; con la parete anteriore dell' intestino, là dove questa viene in rapporti di contatto con la porzione terminale di quello. Venendo questo setto a crescere abbastanza presto, la cloaca si dividerebbe in due; nel tempo stesso anche le pareti laterali si ripiegherebbero in senso longitudinale, e così ajuterebbero la formazione di questo setto, destinato appunto a dividere la cloaca in due. — La cloaca essendo un'organo transitorio sparirebbe, ed il canale uro-genitale e l' intestino diverrebbero allora soltanto indipendenti

(1). RATHKE. — *Abhandlung zum Bildung und Entwicklung*. — Leipzig 1832-33 — Th. I. — Pag. 57. —

secondo le esperienze del Valentin (1), il quale volle ripetere quelle del Rathke. — Anche il Bèclard (2) parla di un setto tra il retto e la vescica; ed il Vierordt (3) non si trova menomamente in disaccordo su questa opinione.

Mi dilungherei inutilmente di troppo se volessi entrare in altri dettagli, che poi mi sarebbero del tutto inutili. — Mi basta ciò che ho detto; e adesso a completare questo paragrafo di anatomia e fisiologia del retto e dell' ano, bastano ancora poche parole sulla funzionalità loro. —

Il retto ha un doppio ufficio, e cioè 1.^o di ricevere e ritenere le materie fecali; 2.^o di ajutare la loro espulsione. Questo è ciò che appartiene dal lato funzionalità al retto come porzione terminale dell' intestino; gli rimane però anche l'altro ufficio, che è pur quello dell' intiero canale intestinale, di assorbire cioè, i materiali nutritivi contenuti nelle sostanze che vi restano in deposito, per più o meno tempo. Per il tema che debbo studiare, conviene che mi occupi soltanto della defecazione, per potere poi comprendere e spiegare in qual modo avvengono dei disturbi in questa funzione quando l' organo che la compie è ristretto; in qual modo avvengono delle lesioni materiali in questo stesso organo quando la funzione non può compiersi. È stato da qualche fisiologo negato in modo assoluto che il retto compia l' ufficio di serbatojo alle feccie. Trovo citato nei varj autori il Dott. James O' Beirne (4) come quegli che sostenne pel primo che ciò non era vero, e dimostrò che le feccie si formavano nella curva dell' *S* iliaco. — Ma adesso la fisiologia ha contraddetta l' asserzione del Beirne; ed il Chirurgo che spesso ha dovuto fare il riscontro anale, e con il dito ha sentito sempre o quasi sempre materie fecali nel retto, è

(1). VALENTIN. — *Handbuch der Entwicklung des Menschen*. — Berlin 1835 — Pag. 417. —

(2). BÈCLARD. — *Traité élémentaire de Physiologie humaine*. — Paris 1866 — pag. 1171. —

(3). VIERORDT CARLO. — *Elementi della Fisiologia dell' uomo*. — Milano 1867 — Pag. 826.

(4) JAMES O' BEIRNE. — *New Views of the Process of Defecation*. — Dublin 1833. —

venuto a corroborare l'opinione dei fisiologi; e tutti oggidì si trovano d'accordo su questo punto.

Il retto va considerato sotto due punti di vista differenti: e cioè allo stato di vacuità, ed allo stato di pienezza. Per il solito il retto è vuoto per qualche tempo dopo che è avvenuta una evacuazione, ed allora le pareti viscerali si addossano l'una all'altra, agevolate a questo anche dalla pressione che vi esercitano sopra i visceri circostanti, e specialmente la vescica urinaria, quando è piena. A poco a poco però altre materie fecali discendono e vengono ad accumularsi nel retto, e precisamente in quella porzione che è stata chiamata ampolla rettale. Quest'accumulo produce allora la distensione dell'intestino, che può essere maggiore o minore, a seconda della quantità delle fecce che vi sono raccolte, che talora può essere enorme, come negli individui che soffrono di costipazione intestinale. È importante questo fatto per lo studio dei restringimenti del retto; che cioè l'ampolla è più o meno dilatata in ragione diretta della rarità delle evacuazioni, e conseguentemente della quantità delle materie raccolte ed accumulate in quella porzione d'intestino.

L'azione della defecazione è molto complessa, e non è qui il caso di studiare ciò che fanno i muscoli perineali, il diafragma, etc. etc. Basti dire soltanto che la contrazione delle fibre muscolari del retto, contribuisce moltissimo alla espulsione delle fecce. E si noti che dico moltissimo: perchè evacuazione si può avere solo per la contrazione del retto, ed indipendentemente dall'ajuto di tutti gli altri muscoli; come si può facilmente constatare nel sonno, accadendo allora la defecazione nell'inerzia generale; e con le esperienze sugli animali nei quali si ha l'espulsione delle materie fecali anche quando sono stati tagliati i muscoli addominali.

La defecazione è stata benissimo studiata da Paul Bert (1), il quale nel suo bellissimo articolo apprende in qual modo possa avvenire all'infuori degli sforzi contrarj alla volontà, e cioè

(1). BERT. — *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.* — Tome Dixième. — Paris 1869 — Pag. 747. —

quando le materie fecali sono molto liquide, e la tonicità dello sfintere non basta a trattenerle; quando le contrazioni intestinali sono sovraccitate per i purganti; quando le feccie sono irritanti per loro stesse; quando il bolo fecale pesa sull'ano, come avviene negli individui affetti da costipazione. Possiamo però impedire che la defecazione avvenga, procurando che lo sfintere anale si contragga fortemente; oppure possiamo fare in modo che avvenga aiutando l'elevatore dell'ano a contrarsi: ciò dimostra come questa funzione dipenda dalla volontà. Ma in opposizione a questo, vi è, dice Bert, che la defecazione può avvenire involontariamente, quando gli sfinteri non sono da tanto da opporsi alle contrazioni delle fibre muscolari dell'intestino crasso e specialmente del retto, che tenderebbero a spinger fuori le feccie, mano mano che si formano. Paul Bert, nel suo articolo, accenna anche all'importanza che vi sarebbe di potere in qualche modo determinare quale e quanta è la forza che hanno le fibre muscolari del retto per espellere delle feccie. Il valente fisiologo di Parigi consiglia di eseguire una esperienza che egli nel 1869 non aveva potuto fare, e che, per quanto io mi sappia, non è stata mai fatta da alcuno, e che potrebbe in un certo qual modo risolvere il quesito. Propose di ben pulire l'intestino con un clistere; di fare un secondo clistere sino al massimo di tolleranza con un tubo munito di un rubinetto a due vie; mettere allora l'acqua contenuta nel retto in comunicazione con un manometro e notare (procurando che non avvenga nessuna contrazione) l'altezza del liquido: fare subito dopo degli sforzi energici e misurare di nuovo. Questa proposta di Paul Bert, che trovo pur citata in altri scrittori di quest'argomento, credo che non riuscirebbe a nulla per diversi motivi: fra i quali l'impossibilità di non produrre contrazioni del retto durante l'introduzione di una quantità di liquido. E per di più non credo che sia da valutarsi tutta al retto la quantità di forza che segnerebbe il manometro al momento delle contrazioni, perchè certo il liquido iniettato deve rimontare più in alto, anche dopo

quello che ci ha insegnato il Cantani (1) il quale ha detto, ed anche provato che quando il recipiente che contiene il liquido da iniettare sia collocato ad una certa altezza, questo può arrivare ed anche sorpassare la valvola del Bauhino. Ad ogni modo è certo, che indipendentemente dalla volontà, che all'infuori dell'azione dei muscoli così detti dipendenti dalla volontà, la defecazione può avvenire per la sola contrazione delle fibre muscolari del retto, che per di sè sola fa provare il desiderio di compiere questa funzione. —

Le feccie quando escono fuori sono solide, ed hanno un calibro abbastanza grosso, appunto quanto è il retto: possono essere modificate solo per malattia in quanto alla consistenza; e per la poca resistenza degli sfinteri per la forma. — Il tipo però delle feccie che vengono emesse all'esterno, è di essere dure, elaborate, e di un calibro discreto. —

Ed ora basta su quest'argomento, avendone già abbastanza detto per quello che può occorrere a spiegare alcuni sintomi e disturbi funzionali.

III.

DELL' ESPLORAZIONE DEL RETTO

E SPECIALMENTE DELLA DILATAZIONE FORZATA.

Ancora una piccola digressione è necessaria, innanzi di entrare nell'argomento dei restringimenti del retto. Preferisco che questa sia adesso anzichè quando parlando del diagnostico dei restringimenti, dovrei dire dei mezzi adoperati per ottenerlo. A vero dire me ne sarei passato, se non fosse stato proposto da non molto tempo un mezzo di diagnosi energico molto, e che fu criticato da molti, ma pure ammirato e adottato da

(1). CANTANI. — *Le indicazioni dell' enteroclismo nelle malattie intestinali.* — Morgagni. — Aprile 1878. —

altri: voglio dire della introduzione di tutta la mano nell' intestino a scopo diagnostico.

Sarebbe un eccedere in dettagli se io volessi entrare a descrivere il modo di fare il riscontro rettale, che non deve essere mai trascurato dal Chirurgo per stabilire una diagnosi esatta e precisa. E neppure intendo di perdere il tempo nell' enumerare i vantaggi che si hanno con l'adoprare lo speculum anale per completare, e talvolta anche fare una diagnosi di malattia del retto. Tanto l'una che l'altra operazione sa benissimo, il Chirurgo esperto ed attento, che debbono essere fatte con delicatezza, e non dimenticando nè punto nè poco le nozioni anatomiche onde non incappare in disgustosi errori, fra i quali non ultimo quello di diagnosticare un tumore dove non vi è; un restringimento dove non vi è che una parete dell' intestino incontrata dal dito che era stato spinto indietro, esclusivamente indietro, anzichè indietro ed in alto. Dirò soltanto che io adopro da alcuni anni come speculum anale, uno speculum bivalve, fatto sul modello di quello da orecchi del Dott. Blanchet. —

Io qui non voglio occuparmi altro che del mezzo preconizzato da Gustavo Simon di Heidelberg, di dilatare il retto e di introdurvi la mano intiera con lo scopo diagnostico. Il Prof. Simon (1) nell' Aprile 1872, leggeva al Primo Congresso della Società Tedesca di Chirurgia due Memorie: una delle quali sulla dilatazione artificiale dell' ano e del retto; e l'altra sull' introduzione delle sonde elastiche e delle iniezioni forzate nell' intestino. —

Il Prof. Simon parlando della dilatazione dell' ano e del retto, dice che questa può farsi: o senza operazione che dia per-

(1) SIMON. — *Ueber die künstliche Erweiterung des Anus und Rectum zu diagnostischen, operativen und prophylactischen Zwecken, und über deren Indicationen bei chirurgischen Krankheiten des Mastdarms.* Archiv für Klinische Chirurgie herausgegeben von D. B. von Langenbeck. — Fünfzehnter Band Erstes Heft. — Berlin 1872, pag. 99.

SIMON. — *Ueber die Einführung langer, elastischer Rohre, und über forcirte Wasserinjectionen in der Darmcanal.* — Archiv für Klinische Chirurgie herausgegeben von D. B. von Langenbeck. — Fünfzehnter Band. Erstes Heft. — Berlin 1872. pag. 122.

dita di sangue, oppure con le incisioni. — Per il primo metodo è necessaria l'anestesia completa, ed allora nei ragazzi potrà ottenersi l'introduzione nel retto di due dita; negli adulti di quattro dita; ed in coloro nei quali le parti tutte sono bene conformate e vi è sviluppo completo, la mano intiera. È certo che perchè non si produca alcuna lesione, e perchè si possano traversare gli sfinteri conviene usare una certa forza, ma bisogna procedere a grado a grado, e con dei movimenti di va' e vieni, sempre progressivi. — Ottenuto l'intento di avere introdotta la mano intiera nel retto, varcando gli sfinteri, è necessario di aumentare le precauzioni per procedere oltre, e potere con qualche dito, o al più due, arrivare, senza produrre lesioni violente, all' *S* iliaco, e così ispezionare i visceri che sono vicini, e principalmente il rene posteriormente, e l'ombelico anteriormente. — Il Simon veduto che con la mano si poteva ottenere questa dilatazione, pensò di sostituire alla mano lo speculum, ad una o più valve, ogni volta che la dilatazione ed un campo abbastanza largo erano necessarj, non più a scopo diagnostico, ma operativo. — Il Prof. Simon, che studiò accuratamente questo tema anche sui cadaveri prima di farne l'applicazione all'uomo ha veduto, e perciò lo raccomanda caldamente, che non si può con la mano arrivare sino a tutto l' *S* iliaco, e conviene contentarsi d'introdurvi solo qualche dito. — I limiti di dilatazione sarebbero differenti anche a seconda della porzione del retto; e così la sua porzione inferiore e l'ampolla rettale sono quelle più dilatabili, tanto che si può arrivare ad avere una circonferenza di 25 centimetri: al disopra del mesoretto la dilatazione è minore, e non si va al di là dei 15 centimetri; terminato il retto, ed entrando nell' *S* iliaco, l'intestino non si dilata più, cede agli sforzi che si fanno, e si rompe.

Il secondo metodo preconizzato dal Prof. Simon, ho detto essere quello che produce la dilatazione mercè una operazione che dà emorragia. In tal caso, o si fa l'incisione del bordo cutaneo anteriore dell'ano, oppure s'incide lo sfintere posteriormente, dirigendo il taglio verso il coccige. Questo metodo però ha un inconveniente assai grave e cioè di cagionare l'in-

continenza per una diecina e più di giorni. D'altra parte ha dei pregi e vantaggi considerevoli, e che non vanno dimenticati ogni qual volta vi si debba ricorrere per eseguire un atto operativo importante; in quanto che allora l'incisione e l'incontinenza divengono cose secondarie e di poco momento; come ad esempio sarebbe nei casi di fistola retto-vaginale, che la libera uscita delle materie fecali nei giorni consecutivi all'operazione, è circostanza eccellente e quasi indispensabile al buon esito dell'atto operatorio. Il Simon, sostenendo nei casi gravi e dov'è necessaria una grande dilatazione, come buono questo suo metodo, critica acerbamente (dichiarandolo più complicato e meno efficace) il metodo stato proposto da Hueter di fare, cioè, un lembo a base anteriore, comprendente lo sfintere. —

Non starò qui a ripetere tuttociò che il Simon dice intorno all'applicazione di questa sua dilatazione, fatta semplicemente con la mano, oppure con l'aiuto della incisione. Dirò soltanto che assicura averla adoprata, e fortunatamente, molte volte per la cura di diverse malattie, come nella estrazione di corpi estranei, nelle piaghe del retto, rotture del perineo complicate da rottura del setto retto-vaginale, asportazione di tumori anco cancerosi del retto. — A scopo esplorativo potè, con la dilatazione e l'introduzione della mano, diagnosticare tumori dei reni, delle ovaja, dell'utero: calcoli vessicali nell'uomo; dei casi di ostruzione intestinale; ed infine moltissime altre malattie, tanto del grande quanto del piccolo bacino. —

Nella seconda sua Memoria sulla introduzione delle sonde elastiche e delle iniezioni forzate nell'intestino, e che non è altro che un complemento all'altra sulla dilatazione, il Prof. Simon studia con attenzione gli effetti prodotti dall'introduzione nel retto di tubi lunghi ed elastici in coatchouc, che abbiano alla loro estremità (quella che s'introduce nel retto) una oliva forata, e che a causa del suo volume abbastanza grande, si oppone alla perforazione delle pareti dell'intestino. L'introduzione di queste sonde è ingegnosissima. — Siccome per il volume dell'oliva vi sarebbe difficoltà ad entrare e farsi strada, il passaggio è facilitato da una grande corrente d'acqua, che

passa a traverso il foro dell'oliva, dispiega il retto, e prepara così la strada alla sonda. Intorno a quanto si può introdurre di sonda, e cioè fino a qual punto d'intestino si può arrivare impunemente, il Simon crede che si possa fino all' *S* iliaco od al colon discendente, tutto al più — Ed in questo sarebbe il Professore Simon in grande opposizione di idee col Prof. Wachsmuth (1) di Dorpart da lui citato, il quale sostiene di avere passato tutto il colon ed essere arrivato alla valvola del Bauhino — La discrepanza d'idee fra Wachsmuth e Simon persuase quest'ultimo a fare dell'esperienze sui cadaveri; e così il chirurgo di Heidelberg poté accertarsi che vi sono un'infinità di differenze fra individuo ed individuo nella conformazione dell' *S* iliaco; — pur tuttavia manteneva ciò che aveva detto intorno alla penetrazione della sonda. — Se però questa arriva sino ad un certo punto, le iniezioni spinte a traverso la canula giungono bene in alto, ed il Simon ha potuto fare loro traversare la valvola ileo-cecale e far passare il liquido nell'intestino tenue sette volte su nove. Anzi a questo proposito il Simon crede di poter dare con questo fatto una spiegazione dei vomiti fecali. L'utilità di questo metodo si avrebbe palese nei varj casi di occlusione intestinale, ad eccezione dell'invaginamento; nella riduzione delle ernie strangolate; nella diagnosi delle fistole stercoracee dell'intestino crasso.

Già il Curling (2), prima assai del Simon, aveva accennato quale e quanta fosse la dilatazione che si poteva ottenere nel retto, quando l'individuo fosse stato sottoposto alla anestesia, ed aveva pur anco sostenuto che si doveva approfittare di questo fatto, per potere esplorare l'ano ed il retto attentamente, e rischiarare le diagnosi incerte. —

Ma se il Simon, ed il Curling si sono mostrati tanto partigiani di questa esagerata dilatazione, lo sono stati del pari tutti gli altri Chirurghi? Non voglio stare a dire di tutti coloro

(1) WACHSMUTH. — *Ileus und Enterotomie*. Archiv für pathologische Anatomie. Bd: XXIII. S. 134. 1862.

(2) CURLING. — *Observations of the Diseases of the Rectum*. — London 1876. IV. th. Edition, revised and enlarged.

che ne parlarono e scrissero in prò ed in contrario, ma credo dovere mio di non lasciare inosservate opinioni e fatti che sono contrarj alle teorie ed ai fatti del Simon. —

Il Prof. Simon ha detto: a) che il suo metodo era utile: e nessuno glie lo contrasta: b) che era possibile: e qui pochi dubbi: c) che era innocuo attenendosi alle sue norme; e qui opposizione su tutta la linea. —

a) Che sia utile è certo; e lo dice anche in un suo pregevole articolo il Dott. Wilhelm Hack (1), il quale, Assistente alla Clinica del Simon, narra i vantaggi ottenuti dal suo Maestro con la dilatazione strumentale del retto a scopo operativo. — Ed anche il Dott. N. I. Walsham (2) se ne mostra contentissimo, ed anzi non posso fare a meno di riportare qui le conclusioni che questo Autore dà alla fine della sua Memoria, e che trovo trascritte letteralmente in una Rivista fatta dal Dott. Charles Pèrier (3) — Il Dott. Walsham ha avuto occasione di fare quattro osservazioni e dodici esperienze — Egli dice: 1.^o se la mano è piccola, può essere introdotta nel retto dell'uomo e della donna, senza tema di rompere lo sfintere, o di avere incontinenza delle materie fecali; 2.^o la dilatazione dello sfintere deve essere graduale e sono necessarij per ottenerla almeno cinque minuti; 3.^o il malato non ha dolori, od altre rinerescevoli conseguenze dopo l'operazione; 4.^o appena varcato lo sfintere, la mano deve seguitare le sinuosità dell'intestino con precauzione, facendo dei movimenti di semi-rotazione ed alternativamente di semi-flessione ed estensione delle dita; 5.^o in molti casi la mano può passare nella curva dell'*S* iliaco, ed anche; (in qualche raro caso) sino nel colon discendente; 6.^o se la mano prova un senso di contrazione, fra la prima e la seconda porzione del retto, non bisogna in verun modo fare tentativi di varcarla, perchè si otterrebbe soltanto mercè il distacco del pe-

(1). HACK. — *Ueber die instrumentelle Erweiterung des Mastdarms zu operativen Zwecken*. Archiv für Klinische Chirurgie herausgegeben von D.r B. von Langenbeck Band XXI. Heft. II. — Berlin 1877. Pag. 413.

(2) WALSHAM. — *Considerazioni sull'introduzione della mano intiera nel retto*. St: Bartholomew's Hospital Reporter. T. XII. p. 228. 1876.

(3) Revue des Sciences Médicales N.^o 20. 1877. pag. 626.

ritoneo, che a questo punto si riflette sull'intestino; 7.^o questo metodo d'investigazione è utile per scoprire un restringimento alla parte superiore del retto, o nella curva dell' *S* iliaco. Ma può esistere un restringimento al disotto del colon discendente senza che la mano possa scoprirlo. —

Non meno favorevole all'esplorazione rettale fatta con la mano alla maniera del Simon, è il Dott. A. Cousin (1), il quale in un primo articolo su questo soggetto, ispirato, a quello che egli stesso dice, su ciò che aveva veduto fare al Dott. Demarquey, ed usando dei casi appartenenti a questo chirurgo, opina che questo metodo è senza dubbio chiamato a dare dei ragguagli preziosissimi non solo sulla sede, sulla estensione e sulla natura della malattia, ma ancora, compiuta la dilatazione ed applicato uno strumento rischiarare profondamente il retto, ed avere così un campo adatto ad una operazione. — Ed il Cousin vanta molto, anche per il diagnostico delle malattie del retto, un grosso speculum, che può avere un diametro di 45 millimetri, ed anche di 55, come usa il Simon. — Poco tempo dopo di avere messa alle stampe questa Memoria, il Cousin (2) ne pubblicò una seconda, che aveva per scopo di studiare l'esplorazione del retto e la sfinterotomia anale dal punto di vista della terapeutica chirurgica. Il Dott. A. Cousin, convinto della bontà del detto d'Ippocrate da lui messo in testa alla sua Memoria: « *Potere esplorare è una gran parte dell'arte* » riporta completamente quello che aveva detto nella prima Memoria pubblicata nella *Gazette Médicale de Paris*, e scritta con le idee del Demarquey.

Del resto, senza dilungarmi troppo, trovo citato questo modo

(1) COUSIN. — *Sur l'exploration de l'anus et du rectum et les moyens de faciliter le diagnostic des affections de ces organes, ainsi que l'exécution des opérations qu'elles comportent.* — *Gazette Médicale de Paris*. 1873. Pag. 281 e 324. Numeri 21 e 24.

(2) COUSIN. — *De l'exploration du rectum, et de la sphintérotomie anale au point de vue de la thérapeutique chirurgicale.* — *Bulletin Général de Thérapeutique* — Tome LXXXV. Livraison 7. 15 Ottobre 1873. Pag. 296.

di esplorazione anche da Habershon (1), Davy Richard (2) i quali ne parlano vantaggiosamente; mentre non trovo che ne discuta dettagliatamente nella sua tesi il Dumareau (3), il quale studia molto bene tutto quello che concerne il riscontro rettale, dal punto di vista di mezzo diagnostico. — Per dimostrare l'utilità di questo metodo esplorativo, basta ancora io dica, che talora non fu possibile la diagnosi di un restringimento, che dopo avere introdotta tutta la mano nel retto, come lo dimostra il fatto del Sands (4) importantissimo sotto molti punti di vista, e che cito per intiero adesso, dovendo poi ricordarlo parlando della colotomia.

« Il Sands presentò il 22 Aprile 1874 alla Società Patologica di New-York un preparato appartenente ad una donna che da varj anni soffriva di restringimento per sarcoma. I disturbi erano molto gravi, e non fu possibile fare la diagnosi altro che quando il Sands si persuase a fare un' esplorazione anale, introducendo la mano intiera nel retto. — Fatta l'esplorazione senza che avvenissero disturbi, stabili di fare la colotomia. La paziente morì dopo 24 ore dalla fatta operazione, per *shok*. »

b) Dopo tutto quello che è stato detto da me sino ad ora, appoggiandomi a ciò che ne hanno scritto vari Chirurghi sull'utilità della manovra, è risoluto pur'anco il problema della possibilità. È indubitato che è possibile introdurre la mano nel retto, quando questo appartenga ad un' individuo adulto e bene sviluppato; ma ciò che assolutamente non credo sia pos-

(1) HABERSHON. — *Alcuni fatti per rischiarare la diagnosi delle malattie del retto*. Guy's Hospital Reporter XXII. 1877. pag. 287.

(2) DAVY RICHARD. — *Lezioni sull'esplorazione del retto*. British Medical Journal. 21 Luglio 1877.

(3) DUMAREAU. — *Du toucher rectal et de sa valeur au point de vue du diagnostic*. Thèse. — Paris, 1873.

(4) SANDS. — *New-York Pathological Society Stated Meeting April 22. Colotomy. Examination of rectum by Hand and Forarm. Points in Diagnosis. Death from Shok*. — New-York Medical Record, Juni 1, 1874.

sibile, è che siano permesse alla mano introdotta nel retto tali libertà di manovre da potere tutto apprezzare, e stabilire una diagnosi esatta che più non sarebbe da desiderare. E tanto più dico questo per i restringimenti del retto: che, o sono nella seconda e terza porzione di questo, e non sarà tanto difficile — purchè si faccia un buon riscontro — di arrivare ad apprezzare le condizioni dell'intestino: o sarà molto al di sopra, e cioè al di là dell'ampolla, ed allora ci si deve ricordare ciò che diceva il Simon, il propugnatore del metodo, e che cioè al di là del punto dove incomincia il mesoretto conviene usare molte precauzioni per non lacerare l'intestino. — Il metodo di esplorazione rettale sarà utile in caso di restringimenti del retto, quando questi si trovano molto in alto; del resto il dito solo basterà, facendo un attento riscontro. E di più non sarebbe tante volte possibile il passaggio della mano, avuto riguardo a quella regola fissa in caso di restringimento di qualsiasi organo, che cioè mentre al di sopra del restringimento, il canale è sempre dilatato, al di sotto vi è diminuzione di calibro. — Ed aggiungo quì che qualche volta vi sarà anche modificazione tale nella struttura dell'intestino da rendere difficile la dilatazione in genere; e specialmente portata a tal grado. Pur tuttavia si può ammettere come possibile l'introduzione della mano nel retto. —

Storer (1) nel caso di malattia intestinale nella donna, e ammesso di dover fare delle esplorazioni nel retto, propose un mezzo che dovrebbe facilitare le manovre, e cioè introdurre due dita o più nella vagina, e da quella spingere molto in basso; in tal modo il retto verrebbe portato più verso le dita dell'esploratore, e si faciliterebbe la diagnosi — A dire il vero in questa proposta dello Storer vi è del buono e del cattivo; e certamente vi è pur'anco qualche cosa che starebbe a dimostrare avversione al metodo del Simon. — Vi è del buono nel concetto di cercare di abbassare il retto per facilitarne la manovra; vi è del cattivo in quanto quella pressione, non tanto

(1) STORER. — *On a improved method of examining und surgically treating the female rectum.* — The Lancet 31 Maj 1873. 1.^o pag. 766.

leggera, da farsi sulla parete posteriore della vagina non deve essere del tutto indifferente sì per la vagina, che per l'utero, che verrebbe necessariamente ad essere molto spostato. Ho detto che la proposta dello Storer denotava in qualche modo sfiducia al metodo del Simon; ed a ragione, in quantochè questo Chirurgo sebbene dica, in qualche caso di fare la dilatazione forzata, non avrebbe fatta questa proposta, se avesse trovati molti vantaggi nel metodo preconizzato dal Chirurgo di Heidelberg. —

c) La dilatazione del retto e l'introduzione della intiera mano in quello a scopo diagnostico è utile, ed è possibile, salvo sempre le obbiezioni fatte; ma è del pari innocua? Se si trattasse di un metodo di cura non vi sarebbe da fare altro che da una parte contare i successi ottenuti, e dall'altra gli insuccessi; stabilire in qual rapporto stanno gli uni con gli altri, e vedere solo, dato quel tanto per cento di mortalità, se questa cifra dovuta all'atto operatorio è tale da stare in proporzione con la gravità della malattia che si è presa a curare. Ma qui si tratta di ben'altra cosa. È una manovra che va fatta dal Chirurgo su di un paziente con il solo scopo di formulare un'esatta diagnosi. — Messa la cosa in questi termini, rispondo subito che non è permesso (è la mia modesta opinione) di tentare delle manovre che possono o portare la morte o per lo meno aggiungere un'altro malanno alla malattia già esistente. —

Per la dilatazione del retto e la introduzione dell'intiera mano (secondo il consiglio del Simon) siamo in questo caso: — si è avuta qualche volta la morte; e qualche altra dei guasti tali da scoraggiare il Chirurgo che aveva eseguita la manovra.

Non voglio andare tanto per le lunghe, e mi limiterò a citar poco; perchè anche quel poco è sufficiente per giustificare le mie idee, e darmi elementi per sostenere la mia tesi. —

Lo stesso Simon (1) pubblicò una Memoria, dopo quella che ho citata, e non potè fare a meno di riconoscere che vi era, nelle manovre proposte, il pericolo di rompere le tuniche

(1) SIMON. — *Deutsche Klinik*. — Novembre 1872.

dell' intestino. — Fu pure in questa circostanza che potè stabilire che il retto, là dove aveva una circonferenza di 6 o 7 centimetri, poteva essere dilatato fino a 25 o 30, e più in alto fino a 20 o 25 centimetri, e nella prima porzione soltanto, da 16 a 18. — Il punto più facile a rompersi, secondo il Simon, sarebbe alla curva sigmoidea, che corrisponderebbe all'inserzione dei ligamenti peritoneali, chiamati da Simon semicircolari del Douglas, e che limitano giust' appunto la cavità conosciuta con questo nome. —

Trovo, spigolando nei giornali, registrati due casi di spostamento della vescica; uno appartiene al Garson (1) e l' altro al Braune (2). — Il Garson ebbe lo spostamento della vescica e conseguentemente distacco del peritoneo in un' individuo che aveva subita la distensione del retto. — Il Braune narrava di un caso pure di spostamento della vescica, dopo d' aver fatto la palpazione del retto secondo il metodo del Simon. —

Il Dott. Dandridge (3) a proposito dell' articolo pubblicato dal Simon, e che ho riferito al principio di questo paragrafo, fece una Memoria nel 1876, con lo scopo di combattere ciò che il Simon diceva relativamente alla benignità della manovra proposta. Il Dandridge, senz' altro, dice che ciò non è vero. —

« Ed a questo proposito cita il caso di un giovane di 25 anni, « che avendo una tumefazione intra-addominale gli fu fatto un « riscontro dalla parte del retto. — Per far ciò con attenzione

(1) GARSON. — *Displacement of the bladder and peritoneum in the male by distention of the rectum.* — Edinb: med. Journal. — October. — e. — Archiv für Anatomie und Physiologie. — Anatom. Abth. — S: 171. — 1878. —

(2) BRAUNE. — *Ueber Dislocation der Harnblase bei der Simon'schen Rectalpalpation-Vehr*: der Deutsch. — Gesellschaft für Chir: VII. 1878. Pag. 109. —

(3) DANDRIDGE. — *Dangers de l'exploration du rectum avec la main, pour le diagnostic et le traitement des affections du petit bassin et de l'abdomen.* The Cincinnati Lancet and Observer, Mai 1876. — pag. 441. — e — Bulletin Général de Thérapeutique Médicale et Chirurgicale. — Tome XC. — Pag. 481. — 1876. —

« necessitarono varj minuti, e fu trovato un ascesso dello psoas.
 « — Subito dopo la manovra operatoria vi fu impossibilità ad ori-
 « nare. Entro le 24 ore sopraggiungero dei sintomi di peritonite,
 « che diminuirono al terzo giorno, e cessarono quasi completa-
 « mente al quarto giorno, per ricomparire subito dopo più gravi
 « di prima, nel tempo stesso che sopraggiunse una gravissima
 « complicazione polmonare. — Al decimo giorno avvenne la mor-
 « te. Alla necropsia furono trovati dei focolaj marciosi nelle
 « pleure; sulla parete anteriore del retto vi era una fenditura a
 « traverso il peritoneo, che pareva uno strappo, e andava sino
 « alla tunica muscolare. Da questo era facile concludere, dice il
 « Dandridge, che durante l'esplorazione, la tunica sierosa del retto
 « si era rotta a 5 pollici circa al disopra dell' ano : che la tunica
 « mucosa si era pure rotta al disopra dello sfintere; e final-
 « mente, che queste erano state le cause della peritonite che
 « portò alla tomba il povero paziente. »

Il Dan dridge nel suo caso si era attenuto scrupolosamente ai precetti dettati dal Simon, e pur nonostante avvenne la rottura delle tuniche sierosa e mucosa, peritonite, e morte; da ciò ne concludeva, questo scrittore, che è una manovra grave e dannosa.

Forse la rottura, nel caso del Dandridge, era avvenuta perchè l'intestino era ristretto a causa degli ascessi: ma come fa osservare egli stesso, ciò è avvenuto anche ad altri Chirurghi come il Sands (1) ed il Weir (2), che ebbero rotta la tunica muscolare senza essersi incontrati in circostanze simili, giacchè il Sands non trovò il restringimento, ed il Weir lo rinvenne all'autopsia nel colon trasverso. — Anzi questi crede che una mano, che abbia una circonferenza di 26 centimetri, si possa introdurre nel retto per una profondità di 17 a 19 centimetri.

A buon diritto deve dirsi dannoso questo metodo una volta che troviamo registrati dei casi seguiti da morte anche quando le manovre non furono spinte tanto innanzi, come vuole il

(1) SAND. — New-York Médical Record. — Giugno 1874. —

(2) WEIR. — *On the dangers of intrarectal examination with a case.* New-York Medical Record. — 20 Marzo 1875. — pag. 201.

Simon, ma si contentarono i Chirurghi di semplici riscontri col dito. —

« Il Verneuil (1) narra di una donna di 60 anni, afflitta da restringimento rettale, 3 centimetri al disopra dell'ano — Il restringimento aveva una lunghezza di circa 4 centimetri. Non gli era mai riuscito di varcarlo col dito. — Un giorno mentre faceva un' esplorazione passò con un dito al di là del punto ristretto. La paziente accennò di aver sofferto molto dolore; subito dopo si ebbe dello scolo di materie mescolate a sangue. Nella sera sopraggiunse la febbre; dolori generali. Nei giorni successivi si formò alla regione inguinale un ascesso, che fu aperto. — La donna dopo pochi giorni morì, ed alla autopsia furono trovate tracce di una peritonite antica con aderenze; tutti i segni di una peritonite recente; un ascesso in corrispondenza del restringimento. »

« Il Dottore Le-Dentu (2) in un caso di restringimento fece la dilatazione con lo strumento del Mathieu. — Vi fu dolore molto vivo; e subito dopo vennero in scena i sintomi tutti di una peritonite gravissima, che portò la morte. Non vi erano tracce di sifilide. — All'autopsia furono trovati i segni di una peritonite; la presenza di una fistola retto-vaginale; ed infine una piccola perforazione al disopra del restringimento, che aveva tutte le apparenze di essere antica ed estranea alla peritonite, e dovuta piuttosto allo spostamento del retto, che avrebbe rotte delle aderenze poco solide. »

A buon conto anche in questo caso fu una moderata dilatazione che portò la peritonite, e la morte. —

Il 23 Ottobre 1872 il Dott. Lannelongue (3) nell'occasione di una discussione avvenuta alla Società di Chirurgia di Parigi

(1) VERNEUIL. — Bulletins de la Société Anatomique de Paris. — XLVII. — Année 1872. — Deuxième Série. — Tome XVII. Paris, 1874. — Pag. 495. —

(2) LE-DENTU. — Bulletins de la Société Anatomique de Paris. — XLII Année. — 1872. — 2. Serie. — Tome XVII. — Paris, 1874. —

(3) LANNELONGUE. — Bulletins de la Société de Chirurgie. — Séance du 23 Octobre 1872. — Paris.

sui *Restringimenti del Retto*, e sulla quale dovrò tornare a tempo opportuno, comunicò la storia di un caso importante, e che fa giust' appunto al caso mio.

« Si tratta di un restringimento sifilitico del retto, che aveva
« sede a 6 centimetri dall'ano. Fu fatta una semplice esplora-
« zione con un dito: sopraggiunse subito peritonite, e morte. —
« Alla necropsopia, oltre la peritonite con raccolta di pus nella
« cavità addominale, vi era un'ulcerazione che cominciava dal
« restringimento, e si prolungava in alto per circa 20 centimetri.
« È in questo punto che fu trovato un focolajo purulento comu-
« nicante con il peritoneo, e che fu causa determinante la peri-
« tonite. »

E per tagliar corto dirò di Heslop di Birmingham (1) il quale pure cita due casi di morte consecutivi all'introduzione della mano nel retto affetto da restringimento, facendo la dilatazione forzata. —

Allingham, (2) che ha scritto un pregevolissimo trattato sulle malattie del retto, dice di aver fatta diverse volte la dilatazione con la mano nella donna, durante l'anestesia; confessa però che crede ciò impraticabile e dannoso nell'uomo, avvalorando le proprie idee con i fatti di Heslop.

Questi sono alcuni dei fatti che posso citare di disgrazie avvenute dopo di avere eseguite queste manovre; che se da qualcheduno, come il Nussbaum di Monaco (3), furono tanto esagerate da volere arrivare con la mano a toccare l'appendice zifoide, ed il C. A. Leale di New-York, che introdusse 40 centimetri fra mano ed avambraccio, per arrivare sino al colon discendente, vi è taluno, come Trèlat e Delens (4) che hanno fatto

(1) HESLOP. — The Lancet. — 11 Maggio. — 1872.

(2) ALLINGHAM. — *On diseases of the Rectum*. — London. — 2. Ed: 1873. —

(3) NUSSBAUM. — *Herausnature des Mastdarms* — Bayerisch ärztliche Intelligenzblatt. — November 1868. —

(4) TRÈLAT et DELENS. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales. — Troisième Serie. — Tome Deuxième. — 1875. — pag. 690. —

il voto che queste cose non restino che allo stato d' idea, e che i Chirurghi si contentino di eseguirle soltanto sul cadavere. Se vi è esagerazione nel primo non ve ne è meno nei secondi, che vorrebbero forse restare agli antichi metodi: e dico forse, perchè non emettono nessun parere chiaro ed esplicito.

Da tutto ciò che ho detto risulta evidentemente che l'esplorazione del retto, fatta con tutta la mano, secondo i precetti dettati dal Simon non è innocua; e lo dimostrano i fatti citati; alcuni dei quali sono anche i più benigni per le manovre fatte, come quelli nei quali guasti serj ed anche la morte avvennero per la semplice manovra fatta con un dito o due. — Cosa sarebbe avvenuto se tutta la mano fosse stata introdotta nel retto? Certo guai maggiori!

Mi si potrebbe obiettare che tutti questi sono casi isolati, remoti. Ma rispondo subito che sono pure casi che si possono ripetere molte altre volte; che è certo che furono usate tutte le precauzioni da parte dei Chirurghi, perchè non avvenissero malanni; e pure l'esito fu infausto. —

Un' obiezione ancora può farsi dai sostenitori del metodo del Simon, e cioè che si scelgano casi adattati. E, di grazia, come si potrà fare tale scelta? Se s'introduce una mano nell'intestino vuol dire che in quel tale individuo vi sono dei disturbi funzionali o materiali da indicare che vi è una malattia: ed è appunto per conoscere quale sia questa malattia, quali rapporti ed estensione ha, che viene eseguita la manovra. Non potrà conseguentemente una esplorazione farsi che in intestini, od in un modo od in altro, alterati. Da ciò mi pare logico il concludere che sarà molto più facile la rottura, che se fosse matematicamente accertato che le tuniche costituenti l'intestino sono sane.

Dopo queste riflessioni, sarà autorizzato il Chirurgo a fare delle manovre simili, con la probabilità remotissima quanto si vuole, ma pure sempre possibile, di fare del male; di non arrivare a diagnosticare certamente una malattia; di regalare una infermità al paziente; di donargli almeno per 10 giorni l'incontinenza? credo Io che no. —

Io, lo confesso francamente: sono molto ardito, e credo che

non si debba guardare troppo per la sottile nella scelta dei mezzi, quando questi sono destinati a *guarire*. Ma è sulla bilancia da oraf, e con la pietra dello scandaglio, che per contrario esamino questi mezzi tutti, quando non devono servirmi che a *diagnosticare*. — Rigetto dunque la dilatazione forzata del retto per scopo diagnostico, in qualsiasi genere di malattia dell'addome. Tanto più poi rifiuto di sottoscrivermi per accettare questo metodo quando si tratti di restringimento del retto; perchè una diagnosi credo che si debba e si possa fare servendoci dei mezzi ordinarj, aiutandoci con lo studio dei sintomi, agguinzando in casi eccezionali e rarissimi qualche mezzo che deve servire benissimo: voglio dire dell'esplorazione fatta con le sonde.

Certamente che anco con le sonde, se si faranno le diagnosi dei restringimenti dell'esofago e dell'uretra, non si potranno fare di tutti quelli intestinali. Ma a buon conto per quelli del retto, se non vi arriva il dito, credo di sì: inquanto a quelli dell'intero tubo digerente, non me ne occupo affatto: dirò solo che dubito ancora che la mano arrivata (e mi fido del Simon per non andare più in là) all'*S* iliaco, inceppata là dentro da non potersi più muovere, possa fare qualche cosa. — In tutti i modi qui si entrerebbe nel novero di certi restringimenti che uscirebbero dal campo di quelli curabili con i mezzi ordinarj, e nei quali conviene ricorrere agli eccezionalissimi per cercare di salvare la vita al paziente. —

Questo ho voluto dire intorno alla dilatazione forzata del retto con la mano, a scopo diagnostico, perchè me ne è capitato il destro giusto oggi che il tema è sempre, come si dice, palpitante d'attualità. Mi si dirà retrogrado; mi si dirà pauroso; sia pure: ma non accetterò mai come buone tali idee; e mai e poi mai dilaterò forzatamente il retto di un malato con la mano, per sapere quale malattia lo tormenta: specialmente poi se i miei dubbj saranno che si tratti di un restringimento.

Un'ultima osservazione, e poi ho finito. Fra gli argomenti portati in favore della dilatazione forzata (ripeto, sempre a scopo diagnostico) vi è quello che il Chirurgo in tal modo potrà apprezzare non solo la esistenza della malattia, ma le mo-

dalità, i caratteri suoi. — È vero: ma solo in parte. È vero che se con il mio dito, con la mia mano intiera arrivo ad un restringimento, e sento questo costituito da qualche cosa di duro, potrò apprezzare la sua estensione, ed altre particolarità; e dirò che si tratta di un restringimento fibroso anzichè canceroso, e che so io! Ma d'altra parte io dico che mi sarà possibile apprezzare una gran parte di questi caratteri anco in altro modo, come con la sonda, alla pari che per l'uretra e l'esofago. Ma molte volte quei dati che mi darebbe una manovra tanto pericolosa, mi sono inutili completamente. Ed infatti un restringimento semplice so che si limita al solo intestino; posso sapere quanta è la sua estensione, e per mezzo dello studio dei sintomi e dei dati etiologi, scoprirne la natura: e mi basta. L'utile sarebbe per un restringimento prodotto da cancro; ed in tal caso (ripeto che ho paura, molta paura di rompere ogni cosa con la mia mano) mi gioverebbe sapere la sua estensione e se altre parti sono affette. Ma, di grazia, che cosa m'importa tutto questo *vero lusso* di diagnosi, quando so che vi è cancro, e che questo cancro, per essere al di là del punto che con il mio coltello posso estirparlo, mi conviene lasciarlo a quel disgraziato? Con la mia manovra forse non farei altro che procurargli la morte più presto.

Rimango adunque nelle mie convinzioni, che la dilatazione forzata del retto con la mano a scopo diagnostico sia da rigettarsi completamente. — Piuttosto di raccomandare quella, va consigliato di non tralasciare mai il riscontro col dito tutte le volte che si supponga malattia del retto; e se il dito o due non arrivano alla sede del male, vi è lo speculum, vi sono le sonde. — Ed una diagnosi si potrà sempre fare: tanto più se si avrà un restringimento del retto. —

IV.

DEFINIZIONE, DIVISIONE E SINTOMATOLOGIA
DEI RESTRINGIMENTI DEL RETTO.

Cominciando a parlare di restringimenti del retto, conviene innanzi tutto orizzontarsi un po', e vedere in qual modo debbasi distribuire il cammino da percorrere. — È certo che havvi più di una specie di restringimento, a seconda del modo di loro produzione. — Pur tuttavia il restringimento presenta sempre dei caratteri a comune, e rappresenta un'alterazione che ha bisogno di essere definita.

Cosa è un restringimento? Il nome stesso lo dice: è una diminuzione di calibro. — Ma non è tutto; ed io credo essere nel giusto non accontentandomi di questa definizione, che non è altra cosa di un sinonimo da dizionario.

U. Trèlat ed E. Delens (1) dicono che a ciò vi sia vero restringimento del retto conviene che vi sia diminuzione duratura del calibro dell'intestino, a causa d'ispessimento o di trasformazione delle sue pareti. — Esmarck (2) chiama restringimenti quelli nei quali la distensibilità del tubo intestinale è pregiudicata da una morbosa alterazione organica della parete del retto stesso. — Senza ricercare troppe definizioni in quà e là negli Autori, i quali spesso fanno a meno di farne, entrando subito in argomento, dirò che le due definizioni dell'Esmarck e di Trèlat con Delens, sono quelle che si avvicinano più delle altre alle mie idee. —

(1). U. TRÉLAT et E. DELENS — Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales. Troisième Série — Tome Deuxième — Paris 1875 — Pag: 726.

(2). ESMARCK — *Enciclopedia di Patologia Chirurgica speciale e generale redatta dai Dottori Pitha e Billroth.* — Vol: III Parte II Sez: VII — Napoli 1879. Pag. 288 —

Per fare una definizione dei restringimenti, appoggiata sul vero, è necessario che sia basata sulla guida anatomo-patologica e clinica. L'anatomia patologica non potrà essere però di gran soccorso, inquantochè si dovrebbe partire da un molteplici punto di vista, e cioè a seconda delle varie specie di restringimenti per intendere cosa è un restringimento. La clinica soltanto può e deve prestarci aiuto, inquantochè ci fa conoscere la malattia nel suo aspetto di alterata funzionalità, che è sempre la stessa: sia il restringimento del retto prodotto da una causa piuttosto che da un'altra; da una lesione anzichè da un'altra. La clinica rischiarerà la via e ci dà gli elementi per potere stabilire in che cosa consiste un restringimento; l'anatomia patologica ci obbliga a suddividere i restringimenti in varj gruppi a seconda delle alterazioni prodotte, che sono diverse in ragione delle cause. — E questo è il nesso che vi è fra l'anatomia patologica e la clinica.

La necessità di stabilire dei gruppi dei restringimenti del retto non è solo per studiare le alterazioni anatomiche, che non lo potrebbero essere, considerato il restringimento sotto un'unico punto di vista; ma anche per la terapeutica che ci offre diversità a seconda della qualità del restringimento. Mi spiego: — l'alterazione patologica che si trova in un restringimento canceroso non è certo quella del restringimento conosciuto col nome di sifilitico; mentre pel primo sarà necessario o che il Chirurgo resti inerte o che ricorra ad una grave operazione, pel secondo potrà fare un atto operativo più semplice e quando la malattia non sia tanto avanzata tentare anche il trattamento antisifilitico. — Eppure, sebbene vi sia diversità tanto notevole fra l'uno e l'altro, costituiscono tutti e due uno stesso stato morboso, conosciuto col nome di restringimento del retto!

Una divisione dei restringimenti è necessaria, insomma, per fornire di un'attributo la parola restringimento rappresentante uno stato morboso. Quest'attributo indicherà qual'è l'alterazione anatomica in quel dato caso; alterazione anatomica che corrisponde ad una causa. Ed ecco l'etiologia che deve fornirci i primi elementi per fare una divisione, che sarà poi confermata dallo studio delle alterazioni patologiche che si notano

nel retto, affetto da restringimento — È la semiologia, che insegnando quali sono i sintomi di questa malattia, che facendoci un quadro esatto di ciò che avviene quando esiste quest' affezione, ci farà conoscere in cosa consiste, e ci metterà in grado di definirla. —

Da cosa è prodotto un restringimento del retto? È ormai cosa certa che alcuni restringimenti del retto non sono acquisiti, ma datano fino dalla nascita, costituendo così un' errore di sviluppo alla pari delle vere e proprie atresie dell' ano, le mancanze di porzione del retto. Ma lasciando da parte questa prima forma di restringimenti, che va pure descritta a parte, ve ne è un' altra grande classe che è quella dei restringimenti acquisiti. E così ecco due grandi categorie, e cioè quella dei restringimenti congeniti ed acquisiti. — I primi possono essere completi, oppure incompleti: se completi costituiscono quelle che sono conosciute col nome di atresie anali e che costituiscono uno dei più importanti capitoli di teratologia. — I restringimenti congeniti incompleti non sono anch' essi che degli arresti di sviluppo del canale intestinale, che furono assai bene studiati, specialmente in questi ultimi tempi; e possono comprendere tutta la circonferenza dell' intestino, oppure una sola porzione. È questa seconda forma la più frequente: ed è allora che si viene a costituire come una valvola, e da qui il nome statogli dato di valvolari; mentre quelli che diminuiscono l' intero lume dell' intestino li chiamerei volentieri cilindrici, per differenziarli dagli altri. — È chiarissimo fin d' ora adunque che i restringimenti congeniti incompleti non si hanno che dove l' arresto di sviluppo fù parziale, e cioè o in una sola parte dell' intestino, ed allora si costituì una valvola: oppure nell' intiera circonferenza di quello, ed allora questo è completamente chiuso, e differisce dall' atresie complete per la presenza dell' ano e talora di una piccola porzione di retto anche al di sotto. —

Lo studio più importante a fare è però sui restringimenti acquisiti. — Quali, le cause che li producono? È uno studio questo che credo sia stato fatto sempre confusamente, e che sino ad ora si numerassero a capriccio i restringimenti, e gli si

dasse un nome qualunque, un attributo a casaccio e senza troppo pensarvi sopra: giust' appunto come si faceva dei restringimenti dell' uretra, avanti che il Prof. Giuseppe Corradi (1) li studiasse attentamente e pubblicasse su questi un serio Capitolo di Anatomia Patologica. Disgraziatamente non può essere fatto lo stesso per i restringimenti del retto, perchè sono relativamente rari, e perchè è difficile che si presentino allo scalpello dell' anatomico. — Pur tuttavia voglio accingermici oggi io, e con gli elementi che trovo raccolti in quà e là, cercare di fare una classazione nuova, e nel tempo stesso razionale. —

Le cause che possono produrre un restringimento nel retto sono da riporsi in quattro grandi classi, e cioè un' azione nervosa, un' iperplasia, una perdita di sostanza, una neoformazione che vengono ad interessare l'intestino. Riassumendo, avremo adunque dei restringimenti spasmodici, iperplastici, cicatriziali, od atrofici e neoplastici.

In quanto ai restringimenti spasmodici vi è poco da dire: è uno spasmo che li produce; sono temporarj se si vuole, ma pur nonostante esistono: e come non si negò che esistessero nell' uretra e nell'esofago, non trovo ragione di cancellarli nel novero di quelli del retto; tanto più che è provata la loro esistenza: sia che si tratti di uno spasmo semplice prodotto da un accesso nervoso, sia che lo spasmo avvenga per contrattura causata da irritazione flogistica.

I restringimenti iperplastici, lo dice la parola, avvengono perchè vi è un' essudato, vi è una iperplasia interstiziale che impedisce non solo alle tuniche dell'intestino di più oltre dilatarsi, ma produce bensì anche una diminuzione nel calibro dell'intestino stesso. Due sono le cause che possono produrre quest' iperplasia; e cioè la sifilide, una rettite; e di qui restringimenti iperplastici, per sifilide e per risultato d' infiammazione. — È una grande categoria questa, e che merita una speciale attenzione: non solo come quella che fornisce il maggior numero

(1). CORRADI JOSEPH — *Études Cliniques sur les rétreecissements de l'urethre, sur la taille et sur les fistules vaginales* — Florence 1870. —

dei restringimenti, ma ancora perchè è quella che è stata molto discussa.

I restringimenti cicatriziali od atrofici si hanno ogni qual volta vi è perdita di sostanza; sia che questa avvenga o come risultato di un processo flogistico con perdita di sostanza, o di ferite e di cauterizzazioni, o di ulcerazioni. — Le ulcerazioni possono poi essere di varia specie; e cioè: od ulceri semplici intestinali, od ulceri veneree, od ulceri sifilitiche; oppure risultato di grave e lunghissima dissenteria. Il Dott. W. H. Van Buren (1), Professore di Chirurgia all' Ospedale di Bellevue, in un suo recentissimo articolo, ammetteva cinque specie di ulcerazioni del retto, e cioè: per locale traumatismo: dissenteria, scrofolae tubercolo: cancroide: sifilide: cancro; Nella classe delle ulceri semplici, credo che si possano raggruppare tutte quelle che non sono prodotte di inoculazione specifica, o dipendenti da dissenteria. Alcuni negarono che potessero esistere dei restringimenti per ulceri semplici; ma a torto, una volta che non si può non ammettere che con una certa frequenza si hanno degli ascessi che si aprono, che formano dei tramiti fistolosi, e che il restringimento si presenta appunto là dove si è formata l'ulcera, ed il restringimento non guarisce altro che quando è guarita la ulcera, che alla sua volta non cede che curando il tramite fistoloso.

E del pari, ed anco più, furono lunghe ed importanti le discussioni intorno ai restringimenti per ulceri veneree. — Alcuni vollero chiamare anche questi restringimenti sifilitici; per me questo è un errore, e conseguentemente io volli distinguere questi restringimenti prodotti da ulceri molli, manifestazione locale, e quelli causati dalle ulceri sifilitiche, sieno queste pure manifestazioni locali, sieno esse lesioni terziarie, conosciute col nome di sifilidi ulcerative. —

Finalmente sono i neoplasmi capaci di produrre un restringimento, sia che quelli interessino le pareti stesse dell'intestino, degenerandolo in un prodotto di nuova formazione, sia che

(1). BUREN — *Ulcer of the Rectum*. — Archives of Medecine. New-York Vol: II — N.º 2. — Décembre 1879 —

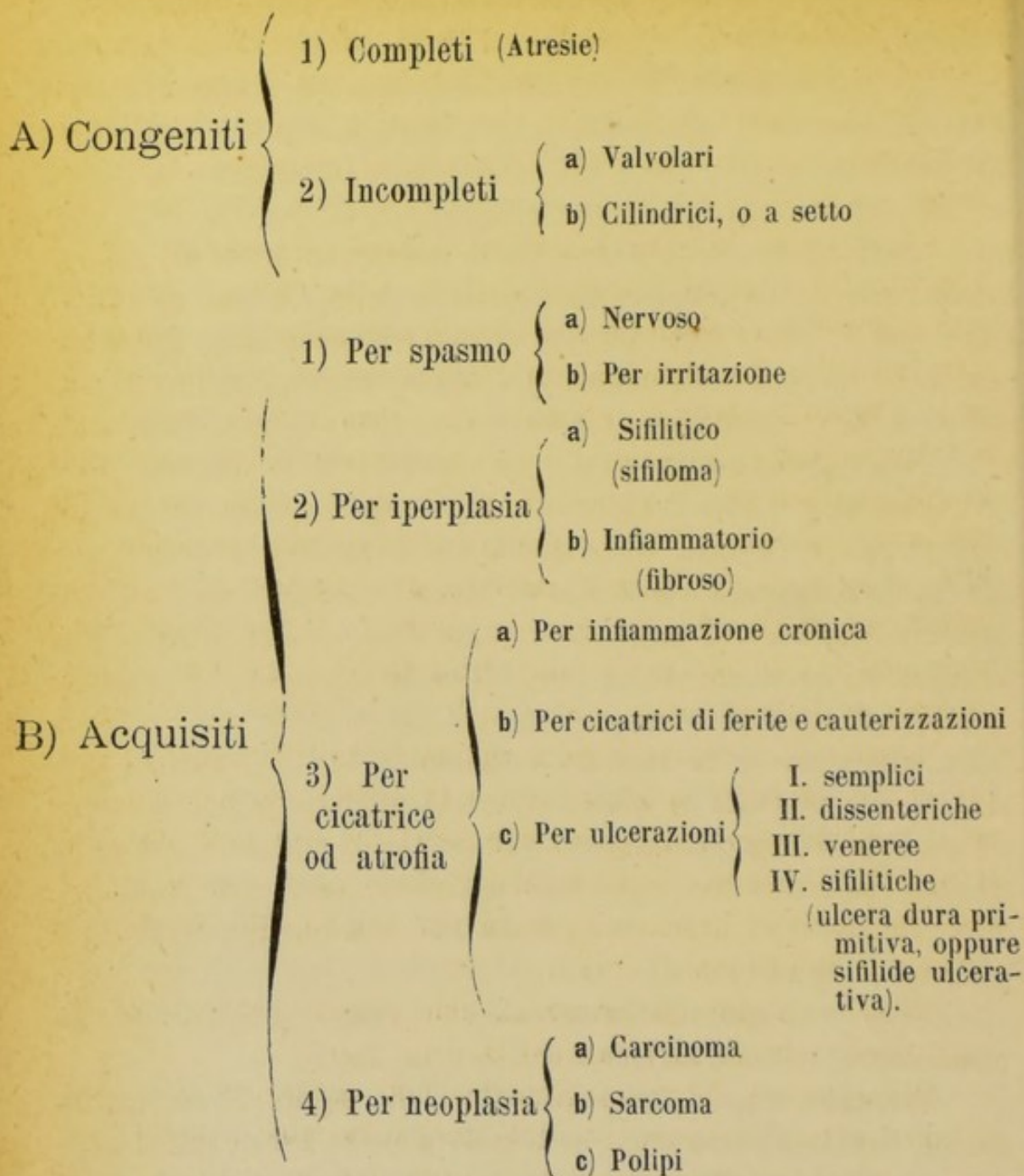
il neoplasma (il tumore) sia nato e cresciuto nelle parti vicine, e venga per compressione a diminuire il calibro dell'intestino. — Sono il carcinoma, il sarcoma, il polipo, le forme più comuni di neoplasmi che possono prodursi, e cagionare un restringimento. —

Mi sembra che quest'aggruppamento intorno alle cause che sono capaci di produrre una stenosi, e conseguentemente costituirne varie specie non sia quello adottato da tutti gli Autori, i quali per il solito fino ad ora hanno descritto un restringimento fibroso, un restringimento cicatriziale, un restringimento sifilitico, un restringimento canceroso, senza curarsi troppo se conveniva meglio aggruppare varj restringimenti, che avevano dei punti di contatto fra di loro, e separarne degli altri che sono troppo differenti; come quello sifilitico per iperplasia, e che ha dato luogo a tante discussioni, anco in seno alle Accademie, e che ha diritto in tutto e per tutto di non essere messo nello stesso rango di quello pure sifilitico, ma per ulcera.

Una classazione vera e propria è difficilissimo che venga fatta, senza che offra delle lacune; ma credo che quella mia riunisca meglio che le altre state presentate sino ad oggi dagli Autori i vari gruppi dei restringimenti, che con piccole variazioni potranno essere studiati poi classe per classe. — E dico con piccole variazioni, perchè pur troppo sarà necessario parlando di qualcuno di questi, invadere il campo di altri per discuterne i caratteri differenziali, e le ragioni per le quali devono essere distinti fra loro. —

E inutile che io vada dilungandomi adesso con delle frasi inutili, tanto più che nel seguito di questa mia Memoria verranno ad essere chiare le ragioni tutte per le quali io ritengo buona questa mia Classazione, e perchè io la propugno e la sostengo. —

Per facilitare poi il modo di comprenderla, stimo opportuno riassumere in un quadro questa divisione sui restringimenti del retto. —



Sia che il restringimento dati dalla nascita, oppure che circostanze speciali lo abbiano nel corso della vita prodotto, e sieno queste od una irritazione, od una perdita di sostanza, od un essudato che si deposita fra le varie tuniche dell'intestino, oppure un prodotto di nuova formazione che sopraggiunga; una volta che una di queste quattro grandi cause ha portata diminuzione nel calibro del canale intestinale e per conseguenza un

restringimento, questo (indipendentemente dalla natura sua, e cioè dell' attributo che gli si perviene come entità morbosa) viene ad estrinsecare la sua esistenza con dei fenomeni sempre gli stessi, a meno il grado, e che vanno ricercati e studiati per comprendere cosa è un restringimento, e formularne la definizione. —

E rarissimo che un' individuo sospetti di avere un restringimento del retto al principio della malattia, e che chiami il medico per chiedere consiglio. — Non è nemmeno facile che il medico, che veda un' individuo che abbia un restringimento del retto, sospetti subito di questo, e che ricorra immediatamente a tutte le manovre occorrenti per accertarne la diagnosi. — È la costipazione che tormenta il paziente; è questa che ha già cominciato a curare; è di questa che il medico si occupa subito; purgativi e clisteri, i due rimedj adottati dal paziente prima, e poi consigliati anche dal medico. — Ma a nulla giovano; ed è solo più tardi che fatte le indagini, il restringimento è diagnosticato.

Lasciando da parte tutti i sintomi e tutti i fenomeni propri di un' affezione speciale; e che fu quella che poi determina il restringimento, come la dissenteria, la sifilide, e che so io; il restringimento del retto ha dei sintomi tutti suoi speciali, e che sono però in gran parte a comune con quelli di qualunque ostruzione intestinale.

Tre sono i sintomi principali che vanno studiati: — La costipazione; la forma; la qualità delle fecce.

All' apparire del restringimento si ha subito la costipazione come primo fenomeno. — L'individuo che aveva tutti i giorni — o quasi — regolarmente le sue evacuazioni, comincia ad averle ad intervalli più o meno lunghi, e che vanno continuamente divenendo maggiori; tanto che si arriva pur'anco ad avere, in qualche raro caso, una evacuazione ogni 20, o 25 giorni. — Questa scarica però in generale non è nemmeno spontanea, perchè l'individuo affetto da restringimento, tormentato dalle angustie di una continua prepotente volontà di vuotare l'intestino, e l'impossibilità di farlo, è costretto a prendere varj fortissimi purganti, ricorrere a dei clisteri frequenti molto. A po-

co per volta però il purgante diviene inerte; non fa altro che aumentare le sofferenze del malato, che si trova nauseato, oltre la disappetenza che ha, da quella bevanda. Il clistere non agisce più, perchè non penetra affatto, torna indietro tale e quale fu iniettato. — La costipazione aumenta, e l'evacuazione delle fecce avviene rarissimamente e solo di materie liquide, con poco o punto sollievo del malato. —

Contemporaneamente alla costipazione anche le feccie vengono modificate nella loro forma, e questo tanto più di quanto ci si allontana dal momento che principiò la malattia. Il bolo fecale, che prende la forma della filiera dalla quale è costretto a passare, e si modella a quella, costretto a dover vincere degli ostacoli per farsi strada all'esterno, e traversare un canale più ristretto, diminuisce di calibro da prima, e poi diviene addirittura nastriforme. Tanto che spesse volte si vedono uscire fuori, anzichè un bolo grosso e modellato, un sottilissimo nastro lunghissimo varj metri; qualche altra volta invece delle piccole palline, che vanno sempre diminuendo di volume. Ma progredendo la malattia non si hanno più nemmeno questi nastri e queste piccole palline: è addirittura della materia fecale sciolta che viene fuori. Il bolo fecale, nella impossibilità di passare, resta al disopra del restringimento, producendo tutti i disturbi funzionali e locali che poi descriverò. Intanto il paziente è costretto a fare frequentemente dei clisteri. Quel po' di liquido che può sorpassare il restringimento, e arrivare alle materie fecali ammassate ed indurite le rammollisce a poco a poco, ma in minimissima quantità; ed allora comincia ad uscir fuori quel po' di liquido misto, o meglio insudiciato da qualche detrito di materia fecale.

Ed ecco così che si modifica anche la qualità delle feccie, che vengono ad essere di aspetto diarroico. — Ma oltre a ciò, queste sono al di fuori miste a sangue ed a pus. — Il sangue è prodotto da qualche lacerazione nello sforzo delle defecazioni. — Il pus proviene da un'ulcerazione che esiste nel retto al di sopra del restringimento. — Da primo non è del pus che secrète al di fuori; ma un catarro mucco-purulento, che riveste, diciamo così, le feccie. A poco per volta però su-

bisce delle modificazioni, e cioè viene veramente secreto, e si fa strada al di fuori senza accompagnare il bolo fecale. Quando poi il restringimento è giunto ad un grado di gravità da dare dei disturbi gravissimi tanto da allarmare, il mucco-pus diviene del pus, dell'icore sciolto, verdastro, di odore disgustosissimo. —

Se questi tre sono i fenomeni principali che si osservano in un caso di restringimento, ve ne sono altri che sono conseguenza diretta della costipazione, e che si possono dividere in due gruppi, e cioè: 1° difficoltà ad evacuare; 2° accidenti consecutivi alla difficoltà, od impedita defecazione.

Studiamo il primo, e cioè la difficoltà ad evacuare. Quale e quanto debba essere il dolore, il tormento, lo strazio di avere prepotente bisogno di evacuare e non poterlo, ciascuno se lo può immaginare, se ripensa a quel tormento microscopico, che qualunque individuo provò per essere impedito a compiere tale sua funzione per qualche quarto d'ora. Quando questo bisogno e questo spasimo durino per varj giorni, e non vi è mezzo di farlo cessare, è un dolore tale, che si possono comprendere e giustificare quei disgraziati che preferirono di troncarsi la vita a soffrir tanto. Dei disturbi che avvengono per questo anche nelle facoltà intellettuali, ne dirò più tardi: parlando degli accidenti consecutivi alla impedita, o difficoltà defecazione.

L'individuo affetto da restringimento soffre, perchè ha le sue evacuazioni raramente; soffre, perchè qualche volta si compie l'evacuazione. È costretto talora di cercare di soffrire per mantenere la costipazione; è forzato più tardi di procurarsi dei dolori atroci, aiutando la defecazione per far cessare gli spasimi della costipazione. —

In queste sole parole potrebbe consistere la descrizione della vita di un individuo affetto da restringimento del retto. Passati pochissimi giorni che si è compiuta una evacuazione è pure necessario che il paziente cerchi di aiutare una nuova defecazione e procurare i mezzi tutti acciocchè avvenga. L'ho già detto: i purgativi, e specialmente l'olio di ricino, i clisteri sono presi e amministrati una e più volte al giorno ed inutilmente. Finalmente arriva il momento che la tanto desiderata

evacuazione può effettuarsi: ma solo in mezzo ai più atroci, ai più considerevoli sforzi. — Il paziente è costretto a porre tutte le sue forze a contributo di quell'atto funzionale. — I muscoli tutti si agitano e si pongono in contrazione: la bocca è stretta; gli occhi injettati e sporgenti in fuori; i denti serrati tanto da mordere fin' anco la lingua; la respirazione affannosa, interrotta; le guance s' injettano; la figura tutta denota la fatica, il dolore. Intanto, per agevolare la defecazione, allarga, quel disgraziato, le gambe il più possibile; flette le gambe sulle coscie; queste sul ventre, e con le mani prende punto d'appoggio sui ginocchi, oppure su qualche oggetto fisso che è vicino. Finalmente dopo lungo, ma lungo tempo, si ottiene la fuoruscita di feccie; sempre alterate: mai in gran quantità. L'intestino non si vuota mai completamente, e perciò ben presto ricomincia il tormento. — Quando il paziente ha terminato di evacuare, è spossato, rifinito di forze, in stato più deplorabile che per lo innanzi: non di rado poi va sottoposto a sincopi forti, a moti convulsi, ed ancora non è difficile che abbia una malattia di più da aggiungere al restringimento del retto, e cioè un'ernia dovuta agli sforzi violenti fatti.

Non si creda che questo triste quadro sia l'eccezione: è la regola. Comincerà da minori proporzioni, ma va aumentando rapidamente, e in fine arriva al punto che ho descritto; e qualche volta lo passa di gran lunga. — Non vi è scrittore di questo argomento che non accenni a casi, nei quali il paziente era costretto sin'anco ad introdursi le dita nell'intestino, e con quelle portar via a poco a poco ciò che poteva, e che gli era dato di raggiungere. — Si trovano registrate storie d'individui, che con un cucchiaino ajutarono l'estrazione delle masse di feccie. — Qualcheduno infine, per procurare che i tormenti della defecazione fossero i più rarj possibili e per non provare il bisogno di questa, sta mangiando pochissimo, ed ancora soffrendo la fame. Non resisto alla tentazione per finire su questo, e per dare un cenno di quante e quali sieno le sofferenze di un disgraziato che ha un restringimento del retto quando è costretto a defecare, di narrare un caso che il

Godebert (1) racconta in una sua tesi sui restringimenti sifilitici del retto. —

« Si trattava di una donna che aveva un restringimento sifilico del retto. Era costretta a mangiare appena. Aveva una defecazione ogni 4, 5 ed anche ogni 6 settimane; e sempre dolorosa all'eccesso. Allora aveva immaginato, per soffrir meno, di attendere il più che fosse possibile; e quando era assolutamente necessario di vuotare l'intestino, non potendo più dilazionare anche di un giorno, prendeva un purgante. Arrivata al punto che il ventre era intimpanito, e che giudicava il purgativo essere vicino ad agire si denudava completamente, divaricava le coscie, faceva degli sforzi espulsivi i più potenti dei quali fosse capace, e poi s'introduceva un dito ed anche più in vagina, più in alto che poteva, con i polpastrelli rivolti posteriormente, e cominciava a traverso la parete vaginale e la parete del retto a premere fortemente ed in tutti i sensi la massa fecale fino a tanto che aveva potuto — ci si può figurare in mezzo a quali spasimi e fatiche — sminuzzare tutte le fecce, ed a poco a poco riuscire a farle passare attraverso la fiera che offriva il restringimento. Le più dolorose e le più lunghe erano le prime manovre, perchè eseguite su una massa indurita dal lungo soggiorno nell'intestino; più tardi uscivano delle materie liquide. »

Questo solo fatto dice quanto deve essere il dolore di una evacuazione in un individuo affetto da restringimento. — Detta donna, a quel dolore preferiva i sacrificj della fame per molti giorni, e di quelle manovre per varie ore. L'unico conforto però nella malata in questione era: che per due, tre o quattro giorni viveva tranquilla; e gli altri pazienti non hanno nemmeno questi pochi giorni di quiete assoluta, perchè l'evacuazione non è mai completa.

È naturale che la persistente costipazione produca degli sconcerti gravissimi per se stessa: ed è questo l'ultimo para-

(1). GODEBERT. — *Essai sur les rétrécissements syphilitiques du Rectum*. — Thèse. — Paris 1873. —

grafo da studiare intorno alla sintomatologia dei restringimenti del retto. Tralascio di ritornare sopra a quella sensazione, che ho descritta poco sopra, e che consiste nella volontà di evacuare, e che fa sì che si abbiano di continuo dei fenomeni riflessi, come tenesmo, premiti, etc. — Ma è appunto per la impossibilità a defecare, e quindi per il soggiorno prolungato di grandi masse fecali negli intestini, che il ventre è sempre teso, intimpanito, e che frequentemente il paziente è costretto a soffrire molto per dei dolori colici, e per dei borborigmi non insignificanti. — Ordinariamente quando si hanno delle vere e proprie coliche, si può constatare che gli intestini sono molto ripieni di sostanze fecali, e palpando si trovano in corrispondenza della fossa iliaca, là dove corrisponde l' *S* iliaco, degli indurimenti che non sono altro che scibale là trattenute.

Un' altro fenomeno che è degno di attenzione è il seguente. — Il massimo numero delle volte non ha luogo una defecazione negli individui affetti da restringimenti, che dopo di averla provocata e preparata con dei purgativi. Ora accade che quando appunto l'evacuazione si effettua, da prima escono al di fuori delle materie indurite, e sono quelle che erano rimaste là più lungo tempo; ma se l'evacuazione è abbondante, e gl'intestini si possono vuotare cominciano dopo delle materie liquide; ed allora poi per qualche giorno continua una vera e propria diarrea, che provocata dai purganti, è mantenuta dallo stato irritativo degli intestini e in special modo della porzione al di sopra del restringimento. —

Intanto un'altra specie di fenomeni avvengono al seguito non del restringimento per se stesso, ma dei sintomi, delle alterazioni prodotte dal restringimento: voglio dire i disturbi delle funzioni digestive, i disturbi delle facoltà mentali. — Come conseguenza poi finale un deperimento continuo dell'intero organismo, la disposizione maggiore a contrarre alcune malattie, la impossibilità ad evitarne altre: infine la morte.

È naturale che un individuo costretto a mangiare meno del suo necessario, e forzato poi a soffrire continuamente; che ha alterata la funzione ultima dell'apparato intestinale, e cioè la defecazione; debba cominciare ad avere disappetenza, disgu-

sto marcatissimo agli alimenti, nausea, vomiti; che le digestioni non si compiano più facilmente e senza dolore; che vi sieno sempre tutti i sintomi dell'imbarazzo gastrico-intestinale. —

Il paziente poi che non si ciba, che non digerisce, che ha il tormento di avere il bisogno di evacuare e non lo può, e se lo può soffre infinitamente, comincia a sentire la necessità di non pensare che alla sua malattia; ed a poco per volta si abitua a non occuparsi che di quella. Da ciò tutto il sistema nervoso è eccitato; ne viene una vera e propria monomania ipocondriaca, e non è difficile che vi si associ il delirio del suicidio. —

Intanto se il paziente non ha posto fine di per sè a questi tormenti: o se l'arte non intervenne, o fu incapace di rimediare a tanto male, l'intero organismo deperisce, le funzioni tutte s'intorpidiscono, si alterano. — Come conseguenze prime del mancante alimento, e delle guastate funzioni digestive, il paziente dimagra giorno per giorno, infiacchisce, diviene pallido; gli occhi s'infossano, il colorito diviene giallognolo, quasi terreo; le labbra, le mucose tutte pallide, biancastre; sopraggiungono tutti i segni di anemia, e di gravissima ipotrofia. —

In queste condizioni di disorganizzazione generale tutte le malattie intercorrenti saranno facilissime; e non raro lo scorbutto, e come conseguenza di un raffreddamento una pneumonite, che se non uccide, si risolverà difficilmente, e darà con grande probabilità luogo ad un esito tristissimo, cagionando una tubercolosi. — Ma senza andare tanto oltre per ricercare la causa di una facile morte, vi è anche il fatto della persistente costipazione, che appunto per la permanenza delle fecce irrita gl'intestini, i quali s'ulcerano localmente e producono suppurazione. — Con l'andare del tempo, tanto l'ulcera quanto la suppurazione vanno aumentando, possono perforare l'intestino, produrre dei flemmoni, dei focolaj di suppurazione perirettali, delle peritoniti letali, o per loro stesse a causa della loro gravità assoluta, od anche per la gravità relativa, non essendo in grado un organismo — di già deteriorato — di sopportare questa nuova complicanza morbosa. In ogni modo la morte è certa per marasmo; inevitabile, quando si pensi che l'indi-

viduo ammalato non si nutrisce, soffre continuamente, ed ha delle abbondanti secrezioni di pus dal retto. —

Ancora una particolarità da accennare. Si è parlato da alcuni che in varj casi di restringimento del retto, vi è incontinenza stercoracea. In due parole si possono mettere le cose al loro vero posto: l'incontinenza vi sarà solo quando il restringimento sarà prodotto da qualche neoplasma, o da qualche condizione morbosa, che insieme al retto abbia ammalato anco lo sfintere: altrimenti non mai. — In tali casi lo sfintere non può più contrarsi completamente, ed allora è costretto a lasciare sfuggire qualche po' di materia liquida. — Però l'asserzione di alcuni che vi è incontinenza non è del tutto falsa. Non vi è *incontinenza stercoracea* se non vi è lesione dello sfintere; ma si può avere incontinenza per del pus mescolato a sostanze liquide, che si sono formate, e poi sono colate a traverso del restringimento, e poi fattesi strada anche a traverso lo sfintere. — Ma questo non avviene che quando siamo ad un periodo avanzatissimo, che vi è molta secrezione purulenta; ed allora è il pus, che malgrado lo sfintere si fa strada all'esterno; ma mai le sostanze fecali soltanto. Pur tuttavia anche del liquido diarroico potrà vincere ed uscire senza che il paziente se ne accorga, quando ormai siamo ridotti agli estremi, e che nessun'apparato funziona più normalmente, che tutto l'organismo è in dissoluzione, che le potenze esterne oppure interne e subordinate a leggi fisiche, non incontrano più resistenze da vincere. —

Ed ora prima di addentrarci a studiare il decorso dei restringimenti del retto e la loro anatomia patologica, guardiamo di darne una definizione, tanto più che credo vi sieno elementi sufficienti per farlo. Senza occuparsi adesso di alcune particolarità, possiamo dire che i restringimenti del retto provengono da cause varie, e che pure dando alterazioni differenti restano sempre i medesimi sintomi per qualunque restringimento; e cioè diminuzione di calibro dell'intestino, impossibilità di dilatarsi; ed a causa di questo, costipazione, difficoltà e dolore nella defecazione, alterazione nella qualità e forma delle fecce; e per ultimo disturbi dell'intero organismo. — Una buona

definizione per me deve rappresentare come in un quadro l'intero soggetto; in una parola deve essere una descrizione.

« *Si chiama restringimento quell' alterazione morbosa organica delle pareti del retto che è capace di diminuire il calibro dell' intestino, di impedire la sua distensibilità; e perciò contribuisce ad impossibilitare, o a rendere difficili e dolorose, le funzioni di questo viscere. —* »

Mi sembra che in tale definizione vi sieno tutti gli elementi da ritenerla per esatta; e per credere che debba andare d' accordo anche con gli studj di anatomia patologica e di clinica, che dovrò fare nei seguenti paragrafi. .

V.

CARATTERI FISICI E DECORSO DEI RESTRINGIMENTI DEL RETTO.

I restringimenti possono aver sede in qualunque parte del retto: però ne hanno una di predilezione a seconda della qualità del restringimento: per cui tornerò a dire qualche parola di questo, quando dopo avere descritte le varie specie di restringimenti dovrò parlare della diagnosi loro. — Pur tuttavia si può dire fin d' ora che la sede è principalmente nella metà inferiore del retto. — Infatti si trova descritto in una tesi del Dott. Perret (1) citata da varj autori, che su 58 casi di restringimento da lui studiati, si ha: che mentre 5 sono al di là di 9 centimetri, 5 alla congiunzione del retto col colon, 32 sono al di sotto di 6 centimetri, e gli altri tutti fra 6 e 9 centimetri di altezza. —

In generale, o per meglio dire in quasi tutti i casi, il restrin-

(1) PERRET — *Des rétrécissements du Rectum dûs à l'inflammation.* — Thèse de Paris 1855: pag. 34.

gimento del retto è unico; e ciò è molto naturale; inquantochè a causa giusto del restringimento, la porzione superiore dell'intestino ha tendenza a dilatarsi — anzichè restringersi — per l'accumulo che vi si fa delle materie fecali, ed anche per le condizioni della tunica muscolare che diviene ipertrofica a causa dei grandi sforzi che fa per espellere le feccie. —

Qualunque sia la natura del restringimento, vanno tutti sottoposti ad una legge costante in quanto alla forma: e cioè possono essere valvolari, annulari e cilindrici. — Veramente se vi è una predilezione a prendere una data forma, è per i restringimenti congeniti: che per lo più sono valvolari. — Questa valvola può essere più o meno grande; è come una ripiegatura, che assume l'aspetto di una semi-luna, di un cerchio e che so io; è in una parola come un'imene che divide il retto in due porzioni. — Il restringimento annulare è quando l'intestino è diminuito di calibro per una certa estensione, come se fosse stato stretto da un cerchio che gl'impedisce di dilatarsi. — Il restringimento cilindrico poi non è altro che la diminuzione di calibro per una certa altezza dell'intestino. —

Anche l'estensione dei restringimenti può essere varia; e ciò dipende molto anche dalla forma e dalla natura. — Infatti il restringimento valvolare, che non è altro che una membrana interposta nel lume dell'intestino, sebbene possa avere uno spessore più o meno grande, resterà sempre un restringimento sottile molto in confronto del cilindrico, o dell'annulare. Il restringimento canceroso, che è costituito da un neoplasma che ha occupato ed intaccato le tuniche intestinali, per quanto non sia esteso molto, pur nulladimeno avrà un'altezza maggiore di un restringimento cicatriziale che sarà più limitato. — In generale però si può dire che un restringimento cilindrico avrà un'altezza media da 4 ad 8 centimetri. —

Auche il calibro del restringimento è molto variabile, e come dice il Fournier (1) se ne possono notare quattro gradi: il 1.^o è quando il dito indice può passare il restringimento senza sforzo; il 2.^o è quando il dito passa ma sfregando sulle

(1) FOURNIER. — *Leçons sur la syphilis tertiaire* — Paris. 1876. pag. 175.

pareti del restringimento, e dovendo vincere una certa resistenza; il 3° è quando il dito indice non passa affatto, e tutt' al più è il dito mignolo che penetra a stento; il 4° è quando il calibro dell' intestino è diminuito tanto da non lasciar passare che uno specillo. — Convienne a questi quattro gradi aggiungerne però un 5°, che sarebbe quello che l' intestino è completamente oblitterato, come avvenne nel caso di Talma, il celebre Tragèdo Francese, della storia del quale dovrò più tardi parlare. —

Poco vi è da dire intorno all' età ed al sesso. — È l' età media della vita quella che offre il maggior contingente di ammalati, e questo è naturale dopochè si è detto delle cause dei restringimenti, che sono quelle che sono più frequenti in una età, che non è la prima. — Sono le donne che presentano il maggior numero dei casi, e questo forse perchè sono esse che danno quasi esclusivamente il contingente dei restringimenti sifilitici, e perchè questi avvengono più facilmente nella donna, come dice Jullien (1), a causa della disposizione anatomica della vulva con l' ano, per l' evoluzione menstruale o pegli eccessi venerei che portano stato congestivo, od anche per la gravidanza, o per rapporti contro natura.

Anzi a questo proposito debbo aprire subito una parentesi. Si è creduto per molto tempo, e da autorevolissimi Chirurghi ancora, come ad esempio il Delpech, il Palletta (2) ed il Rognetta (3), che reputavano una vergogna avere un restringimento del retto, inquantochè credevano essere dovuto a contatti contro natura. Ormai però questa idea ha fatto il suo tempo: e più alcuno, scienziato che sia, pensa a ciò. — D'altra parte è provato che il restringimento sorge per tutte le altre ragioni che non sono la pederastia; l' irritazione di un contatto ripe-

(1). JULLIEN LOUIS — *Traité pratique des Maladies Veneriennes* — Paris. 1879. Pag. 852. —

(2). PALLETTA. — *Dissertazioni chirurgiche*. — Venezia 1795. — Giornale per la Storia ragionata della Medicina. — X. Parte II, Pag. 159, 173, 193.

(3). ROGNETTA. — *Considerations thérapeutiques sur le rétrécissement de l' intestin Rectum*. — Bulletin Général de Thérapeutique. — Tome Sixième. — Paris 1834. — Pag. 277. —

tuto. — Ciò che io dico però non esclude che la pederastia possa essere causa determinante di un restringimento, una volta che il contatto contro natura fosse impuro, e vi fosse stata nel retto l' inoculazione d' un' ulcera, o venerea o sifilitica, che fu poi la causa determinante il restringimento. — 'Altrimenti mai e poi mai la pederastia potrà produrre un restringimento, e come dice il Fournier, *il retto il più onesto, il meno sospetto* può andare incontro ad un restringimento. —

Nulla di più incerto intorno alla durata di un restringimento, ed al decorso della malattia. Abbiamo quattro periodi, e tutti sono sfuggevoli e variabili, in modo che non si possono apprezzarne i caratteri. Vi è un primo periodo iniziale, ed è quello nel quale esiste la lesione rettale, che sarà poi la causa determinante il restringimento. — Vi è poi il secondo periodo il quale principia con il cominciare del restringimento senza che il paziente se ne accorga, perchè senza sintomi speciali, o tali da richiamare l' attenzione del malato, o del medico. Vi è un terzo periodo nel quale il restringimento è nella pienezza del suo decorso; è diagnosticato, vi sono tutti i sintomi stati descritti: ma la lesione è locale, e per nulla ne risentì il generale. — Il quarto periodo poi è quando vengono in scena i fenomeni generali, l' organismo intiero ne risente, ed a poco a poco sopravviene la morte. Avevo ragione dicendo che nulla di più incerto di questi periodi, del resto marcatissimi, perchè sarà difficile apprezzare quando quella data lesione rettale, per esempio un carcinoma del retto comincia a dar luogo al restringimento. E tanto più difficile è potere apprezzare quando dal secondo periodo si passa al terzo, perchè il secondo potrà cessare più o meno presto, secondo che si faccia attenzione ai varj fenomeni o no. Il quarto periodo può, però, essere soppresso completamente, una volta che il medico attento, e il paziente desideroso di guarire, si sottoponga ad una cura adattata che tronchi il terzo periodo nel suo decorso. — Però quando il Chirurgo non interviene o che non sia il caso di agire, come in un restringimento canceroso estesissimo, il quarto periodo non è lungo, perchè rapidamente le complicate si succedono l' una all' altra,

lo stato generale diviene sempre peggiore, e la morte non è tarda a sopraggiungere.

Quando l'arte arriva in tempo a vincere la malattia, il paziente rapidamente riguadagna la sua salute; e tutt'al più rimarrà debole, e non come per lo innanzi forte e robusto. — Ma disgraziatamente se l'arte è capace d'interrompere il decorso della malattia, d'impedire che il paziente peggiori ogni giorno, e che in pochi mesi sia condotto alla tomba, non può in modo veruno garantire che la malattia ritorni. — Quella che è una vera sventura si è: che malgrado le cure le più energiche, il trattamento curativo il più razionale, il massimo delle volte il restringimento recidiva; e non è difficile incontrare individui che doverono sottoporsi più volte ad un'operazione per guarire da un restringimento. Malgrado questo il Chirurgo può fare moltissimo, perchè mantenendo il retto sempre dilatato, se non impedirà, ritarderà la recidiva. È necessaria però una cura permanente. —

VI.

ANATOMIA PATOLOGICA DEI RESTRINGIMENTI

DEL RETTO.

In un restringimento bisogna studiare: 1° il punto ristretto; 2° quello che sta al disotto; 3° quello che sta al di sopra. Tutti e tre i punti offrono soggetto di seria ed importante osservazione. Qualunque sia la natura del restringimento vi sono dei caratteri a comune; ed è di quelli che bisogna occuparsi. —

1.° Il punto ristretto è quello che dà maggiori differenze, appunto perchè cambia la struttura e l'aspetto in ragione della natura del restringimento. — A buon conto possiamo però constatare che le tuniche dell'intestino, qualunque sia stata l'interpretazione data loro dai varj autori, sono alterate. —

Vi sono tre opinioni principali, e che tutte meritano considerazione. Alcuni pensano che la lesione anatomica consista unicamente nella muccosa, la quale infiltrata che sia da degli essudati, o prodotti plastici organizzati in tessuto fibroso, coarterebbe l'intestino. Altri invece della muccosa, credono che sia il tessuto sotto-mucoso quello che permetterebbe ai prodotti plastici di infiltrarsi e di organizzarsi, mentre che la muccosa resterebbe intatta. — In altri rari casi sarebbe stato ammesso che nuovi strati fibrosi si sarebbero aggiunti alle tuniche intestinali, e così formerebbero all'esterno una specie di anello che costituirebbe il restringimento. — In qualche rarissimo caso poi conviene ammettere pur'anco un restringimento senza che le tuniche sieno affatto inspessite.

Non possiamo però andare innanzi senza avere in qualche modo preso ad esaminare alcuni casi speciali, sui quali poi discutendo, venire a concludere.

Lo Smith (1) nel suo libro sulle malattie del retto, là dove vuole sostenere, contrariamente all'opinione di alcuni, la esistenza di restringimenti spasmodici, che sarebbero giust'appunto quelli nei quali vi sarebbe restringimento senza notare alcuno inspessimento delle tuniche intestinali, cita un caso importantissimo. Il pezzo anatomico che sarebbe conservato al Museo dell'Ospedale di San Bartolommeo a Londra, mostrerebbe un restringimento del retto della lunghezza di un pollice, e tanto forte da avere l'intestino ridotto il suo diametro a 6 o 7 millimetri. — Le tuniche tutte non mostrerebbero alcuno inspessimento.

Lo stesso Smith (2) in una sua Monografia sulle malattie del retto pubblicata nella Enciclopedia Chirurgica dell'Holmes dopo di avere narrato ancora qui del pezzo anatomico del Museo di San Bartolomeo narra di un'altro caso, conservato nel Museo Hing's College; il restringimento sarebbe ad un pollice e mezzo dall'ano, consistente in un setto della forma di una coppa rap-

(1). SMITH HENRY. — *The Surgery of the Rectum* — London 1865.

(2). SMITH. — *Diseases of the Rectum* — A System of Surgery edited by T. Holmes. London 1870 — Vol IV — Pag: 841. —

presentato da delle strie trasversali, tra le quali ve ne sono tre o quattro distintamente aperte, che danno passaggio appena ad una piccola penna. —

Il Prof. Broca (1) nel 1852 presentava alla Società Anatomica di Parigi un caso di restringimento del retto, che sembrava all' Autore prodotto da una causa ancora non stata studiata.

« Si trattava di una donna di 50 anni; alla necropsia fu
« trovato l'utero grosso, ineguale, bitorzolato, lardaceo; proba-
« bilmente, dice Broca, non vi è un cancro, ma del tessuto fi-
« broso, che è troppo tardi per riconoscerlo. Qualunque cosa fos-
« se, l'utero aveva contratto indietro delle aderenze con il retto;
« una specie di essudazione plastica si era fatta nel bacino, ed
« esistevano principalmente due briglie che abbracciavano il ret-
« to ad anello, e lo racchiudevano in questo punto. L'ano era
« permeabile. Ma dieci centimetri al disopra dello sfintere si tro-
« vava un restringimento valvolare marcatissimo; ed al disopra
« una dilatazione. »

Il Broca completava questa sua comunicazione ammettendo la ipotesi che era molto probabile che la maggior parte dei restringimenti valvolari si producessero con un meccanismo analogo, o simile. —

Il Dott. Liouville (2) il 27 Dicembre 1867 presentava alla Società Anatomica di Parigi il seguente caso. —

« È il retto di un'uomo di 52 anni, che da molto tempo a-
« veva un restringimento del retto ed una fistola all'ano. Vi era-
« no ulcerazioni, briglie fibrose del retto ed una ulcerazione che
« saliva fino all'S iliaco, 22 centimetri al di sopra dell'ano. Il
« restringimento era 2 centimetri al di sopra di questo. Cinque
« ulcerazioni costituivano l'orifizio a tramiti fistolosi comunicanti

(1). BROCA. — *Rètrécissement du Rectum par l'inflammation des tuniques externes de l'intestin* — Bulletin de la Société Anatomique de Paris — Année 1852 — Année XXVII, pag. 49. —

(2). LIOUVILLE — Bulletins de la Société Anatomique de Paris. — Séance du 27 Décembre 1867. —

« all'esterno a livello delle natiche; tre erano al di sopra, e due
 « al di sotto del restringimento. Altre ulcerazioni esistevano nei
 « punti dove le briglie fibrose terminavano sulla mucosa; que-
 « ste ulcerazioni erano irregolari, con bordi tagliati a picco; in
 « altri punti al di sopra del restringimento si trovavano dei ri-
 « lievi un poco mammellonati presso dei punti ulcerati; soltanto
 « questi rilievi erano poco pronunziati, ed erano diminuiti dopo
 « la morte, come i condilomi o ripiegature cutanee ipertrofiche
 « che avevano sede intorno all'ano. »

Al Liouville, che domandava ai suoi colleghi cosa pensas-
 sero intorno a questo caso, rispondeva il Dèsprès, emettendo
 l'opinione che si trattasse di un'ulcera fagedenica del retto
 guarita con la produzione del restringimento, il quale non sa-
 rebbe stato così che cicatriziale. —

Il Dott. Coyne (1) nell'anno 1872 comunicava alla Società
 Anatomica di Parigi il seguente caso :

« Una donna di 41 anno, che aveva avute 16 gravidanze e
 « 17 figli. L'ultimo parto avvenne quattro anni innanzi la sua
 « morte, e fu necessaria l'applicazione del forcipe per estrarre il
 « feto. Vi fu cancrena del retto, e della vagina. Sopravvennero
 « delle emorroidi che infiammarono. Non siflide; non peder-
 « stia. Vi era dilatazione del retto con prolasso, e la dilatazio-
 « ne dell'ano con cercine emorroidario. Alla necropsia fu tro-
 « vato che lo strato delle fibre longitudinali era scomparso a li-
 « vello dell'ampolla rettale. All'altezza dello sfintere superiore
 « esisteva un restringimento, che era stato constatato anche du-
 « rante la vita. Inoltre si trovarono da questo punto sino all'S
 « iliaco, le tracce cicatriziali di una ulcerazione; le fibre mu-
 « scolari erano intatte in tutta questa parte d'intestino. »

Il Dott. Coyne domandava — dopo di avere esposto e presen-
 tati i pezzi anatomici — se si trattava qui di un restringimento
 sifilitico, oppure per epitelioma, o per rettite cronica.

(1). COYNE. — Bulletins de la Société Anatomique de Paris. XLVII. Année
 1872 2 me Serie — Tome XVII — Paris 1874 — Pag. 329. —

A vero dire a me pare di essere nel diritto di non comprendere ciò che diceva il Coyne, quando prima di tutto vuol fare sapere che in questa donna non vi era traccia di sifilide, e dopo domanda se il restringimento era sifilitico. — Intanto il Dott. Malassez soggiungeva, teorizzando piuttosto che parlando del caso in quistione, che i restringimenti detti sifilitici non sono di natura sifilitica, e non sono tampoco il prodotto di una manifestazione di questa diatesi. La sifilide agirebbe come causa d'irritazione locale, di rettite, allo stesso modo che altre affezioni non sifilitiche, l'ulcera molle, etc. — Se la sifilide ha un'influenza, diceva il Malassez, l'ha come malattia generale, deprimendo l'organismo e rendendolo meno atto alla cicatrizzazione degli impiagamenti. — Il Prof. Verneuil, che ammette una forma di restringimento sifilitico, nel caso in discussione costatava che il punto di partenza della malattia si trovava in una zona di due dita trasverse circa, ed era costituito non da un tumore ma da una infiltrazione di tessuto plastico, che toglieva al retto la possibilità di ripiegarsi, e formava un guancialetto sfrangiato con dei tumoretti abbastanza grossi, come peduncolati e ricoperti della mucosa liscia. — La mucosa che da prima perde la sua sofficezza, più tardi s'atrofizza, ed avviene ciò che si osserva nelle infiltrazioni plastiche del testicolo. — L'infiltrazione plastica determinerebbe la scomparsa dei tessuti normali, e non si avrebbe più allora che una pseudocicatrice. — Non posso ammettere, concludeva il Verneuil, nè l'ulcera, nè l'ulcerazione come punto di partenza del restringimento sifilitico del retto; tanto è vero che questo compare nei periodi secondarj e terziarj della sifilide, e se il trattamento specifico ha una certa influenza sul principio, resta inefficace quando il tessuto normale è atrofizzato ed il retto retratto. — Se viene ammessa da tutti un'irritazione infiammatoria semplice o sifilitica, come causa dell'ispessimento delle pareti rettali, e quindi della produzione del restringimento, vi è da aggiungere che è da ammettersi come specifico un indurimento situato al di sopra della regione sfinterica, e formato da dei grossi tubercoli fibroidi. — Finalmente se il restringimento re-

siste alla cura specifica, dipende dacchè i malati la reclamano ad un periodo avanzatissimo della malattia. —

Il Thaon (1) rendeva conto pure del seguente caso:

« Si trattava del retto e dell'*S* iliaco di una donna sifilitica; d'un restringimento rettale della medesima natura, e di una fistola all'ano. — Vi era stata un'eruzione specifica pustolosa crostacea. — Il restringimento era a 1 centrimetro dall'ano, e passava appena la polpa del dito. — Fu fatto il trattamento misto. — Avvenuta la morte e fatta la necropsia fu trovata un'ulcerazione retto-mucosa comunicante con la fistola e situata al disotto del restringimento; subito al disopra di questo la mucosa era ulcerata, e non composta altro che da briglie, con ispessimento delle altre tuniche dell'intestino. Più in alto, e sino all'*S* iliaco, la mucosa era ulcerata; il tessuto cellulare sottostante ridotto a lacerti filamentosi che sortivano a traverso le perforazioni della mucosa, come se si trattasse di un flemmone sotto-mucoso. — Malgrado che fosse una donna sifilitica, Thaon, ed i suoi Colleghi della Società Anatomica pensarono che il restringimento non fosse sifilitico, e che si trattasse di un restringimento rettale, e di un flemmone sotto-mucoso. »

Continuando a rintracciare la storia di alcuni altri casi di restringimento del retto, che abbiano avuto esito infausto, e nei quali fu praticata la necropsia, ne trovo ancora degli importanti, e fra questi i seguenti che riferisco. —

Il primo appartiene a Cuffer (2) ed è un restringimento fibroso del retto; la morte avvenne per peritonite e pleurite purulente, e linfangite purulenta del diafragma.

« Era un uomo di 57 anni. Aveva avute emorroidi esterne, mai infiammate. — Per cinque anni aveva sofferto di costipazione e coliche frequenti; più tardi tenesmo rettale e dimagra-

(1). THAON. — Bulletins de la Société Anatomique de Paris — XLVII Année 1872, Deuxième Serie, Tome XLVII — Paris — 1874 Pag. 400. —

(2). CUFFER. — Bulletins de la Société Anatomique de Paris. Troisième Serie, Tome IX — Séance du 27 Novembre, Pag. 797 — 1874. —

« mento generale. Al suo entrare nell' Ospedale vi erano emor-
 « roidi esterne, ed un restringimento a 7 centimetri dall'ano,
 « con muccosa sana al di là del restringimento, ed irregolare e
 « tomentosa invece al di quà. Il punto ristretto era resistente,
 « e non si lasciava forzare. — Non vi era stata dissenteria, non
 « traumatismi. Il Professore Gosselin sbrigliò in tre punti diffe-
 « renti con incisioni poco profonde; non vi furono accidenti im-
 « mediati; non emorragia; non peritonite. Al quarto giorno so-
 « praggiunse la febbre, dolore a destra del petto, brividi, e dolori
 « addominali. All'ottavo giorno avvenne la morte. — Fatta la
 « necropsopia fu trovato un restringimento color biancastro, che
 « presentava in certi punti dei rilievi, che erano giust' appunto
 « quelli che il riscontro rettale aveva fatti riconoscere durante
 « la vita. — La parete del restringimento era molto ispessita. —
 « Vi era la traccia delle tre incisioni, che non avevano oltrepas-
 « sato lo spessore del restringimento. Non vi era perforazione di
 « sorta del retto. Al disopra del restringimento vi era un' ulce-
 « razione estesa, irregolare, di un colore nerastro; la muccosa
 « era in questo punto rammollita, e molto congestionata. La re-
 « stante porzione del retto era sana e dello stesso colore in
 « tutta la sua lunghezza. Il peritoneo era ricoperto di antiche
 « pseudo-membrane; pus nel piccolo bacino; fegato, reni, milza,
 « sani. Il peritoneo sotto-diafragmatico era infiammato, e rico-
 « perto esso pure di pseudo-membrana alla pari della pleura-
 « diafragmatica. — I vasi linfatici che mettono in comunicazione
 « la pleura col peritoneo erano infiammati e con le pareti in-
 « spessite, ripieni di grumi fibrino-purulenti: indizio di una lin-
 « fangite purulenta diafragmatica che permette di spiegare la
 « propagazione della flogosi del peritoneo sotto-diafragmatico alla
 « pleura, che a destra era ripiena in parte da sierosità, e pus. —
 « Il polmone destro era congestionato, ma non presentava trac-
 « cia di ascesso; il polmone sinistro soltanto congestionato. — Era
 « molto probabile che la morte accadesse a causa della perito-
 « nite avvenuta consecutivamente all' operazione. »

Nel 1875 il Dott. Dujol (1) comunicava il seguente caso di
 restringimento del retto alla Società Anatomica di Parigi. —

(1). DUJOL — Bulletins de la Société Anatomique de Paris. Troisième
 Serie. Tome X — 1875. Séance du 10 Décembre, Pag. 784.

« Il restringimento occupava la parte inferiore del retto, e
 « data da varj anni. Quindici anni innanzi aveva avute ulcere
 « al retto — ma non vi era stata sifilide. — La morte avvenne
 « con tutti i sintomi della cachessia tubercolosa. Alla necrosco-
 « pia, infatti, furono riscontrati i tubercoli polmonari. — All'ano
 « vi era una vasta ulcerazione in via di riparazione, che risaliva
 « nel retto per circa 2 centimetri sino al punto ristretto. — Il
 « restringimento era costituito da tessuto fibroso; tutto il retto
 « in questo punto offriva uno spessore di quasi 1 centimetro; a
 « livello poi del restringimento, vi erano dei mammelloni, che,
 « per il vero, si manifestarono essere più rilevati nel vivente. Al
 « disopra del restringimento, il retto era dilatato, e vi esistevano
 « due ulcerazioni isolate; all'intorno e al di là di queste ulcere,
 « la mucosa era granulosa. — Era stata usata la cura mercu-
 « riale, ma infruttuosamente; avevano prodotto sollievo la dila-
 « tazione e le cauterizzazioni fatte da Désprés, che riteneva que-
 « sto come un restringimento, tipo, consecutivo ad ulcera fagede-
 « nica, tanto più che questa non si sviluppa nel retto, che nei
 « tubercolosi, od in coloro che hanno disposizione a divenir tali. »

Il Dott. Castex (1) l'8 Dicembre 1876 narrava la seguente storia di restringimento del retto per dissenteria, e presentava il pezzo anatomico alla Società Anatomica di Parigi. —

« Era una donna di 32 anni, cuoca. Aveva sofferte molte
 « malattie ed un aborto. Aveva fatti 4 figli, tutti a 7 mesi, e tut-
 « ti con presentazione podalica. — La diarrea era cominciata due
 « mesi dopo l'ultimo parto. Due anni innanzi la morte soprag-
 « giunse la dissenteria, che durò un'anno, e tanto grave che gli
 « bisognava andare financo 20 volte al giorno alla latrina. Da
 « un'anno si era accorta del restringimento, e subito dopo
 « cominciò la febbre, che prese il tipo di [periodica. L'ano era
 « contornato d'escrescenze che parevano emorroidi avvizzite. Il re-
 « stringimento era al disopra dello sfintere esterno, ed era tan-
 « to forte da non lasciare penetrare che la porzione ugneale del
 « dito indice; era alto 3 centimetri. Al disopra del restringi-

(1). CASTEX — Bulletins de la Société Anatomique de Paris. Quatrième Série — Tome 1 — Séance du 8 Décembre, 1876. Pag. 684 —

« mento, si sentivano col dito un certo numero di rilievi vege-
 « tanti, e l'intestino dilatato. Il Dott. Cusco, dette da prima, per
 « 3 giorni, 2 grammi di Bromuro di Potassio con qualche van-
 « taggio, e poi incise la parete posteriore del restringimento, com-
 « prendendo nell'incisione la briglia cicatriziale, e lo sfintere ana-
 « le; cauterizzò la superficie sanguinante col termo-cauterio del
 « Paquelin. Mise uno stuello. Al quarto giorno sopraggiunsero
 « ascessi febbrili, dispnea; ed al trentaseesimo giorno la morte.
 « Alla necropsopia fu trovato il retto inspessito in tutta la sua
 « metà inferiore, ed in certi punti delle placche rilevate coperte
 « da piccole villosità. L'intestino un poco dilatato; non granula-
 « zioni; la ferita quasi cicatrizzata. Vi era tisi acuta, che è spes-
 « so — dice il Castex — la terminazione dei restringimenti del
 « retto. »

Un secondo caso appartiene pure al Dott. Castex (1), e fu da lui illustrato alla Società Anatomica di Parigi. — Questo è di restringimento canceroso del retto. —

« È una giovinetta di 25 anni, cloro-anemica, ricevuta nel
 « servizio del Dott. Cusco. Da circa due anni e mezzo aveva co-
 « minciato a provare difficoltà a defecare; il suo ventre era tu-
 « mefatto e doloroso alla pressione. Purgata, ebbe una evacua-
 « zione sanguinolenta; poi tutto sparì. Più tardi cominciò a sen-
 « tire dolori al retto, e ricomparve la costipazione. Fatto il ri-
 « scontro, fu trovata un centimetro e mezzo al di sopra dell'ano
 « una prima coartazione, che lasciava passare facilmente il dito
 « indice, il quale trovava immediatamente al disopra del restrin-
 « gimento prima una piccola dilatazione, poi una nuova coarta-
 « zione, e subito sopra, il retto moltissimo dilatato. Tutta quella
 « massa organica era bitorzoluta, dura, dolorosa alla pressione.
 « Non vi era ulcerazione apprezzabile; sanguinava poco. Il retto
 « non aveva subiti cambiamenti di sorta nella direzione. Col ri-
 « scontro vaginale si sentiva un tumore duro, che dalla vulva
 « andava sino nel cul di sacco posteriore. Non vi era stata dis-
 « senteria; non sifilide. Fu somministrato del Bromuro di Potas-

(1). CASTEX — Bulletins de la Société Anatomique de Paris — 4.me Sè-
 rie. Tome 1. — Séance du 8 Décembre, 1876. Pag. 686. —

« sio per clisteri. Avvenuta la morte fu fatta la necropsopia, e
 « venne trovato che il retto presentava una massa dura, bian-
 « castra, esulcerata, che occupava la metà inferiore di porzione
 « d'intestino. Al di sopra il calibro del retto era triplicato e fu-
 « rono trovate delle numerose aderenze con la concavità del sa-
 « cro. Non vi erano ulcerazioni intestinali. Il tenue era dilatato
 « tanto, che aveva un calibro doppio del normale. All'esame mi-
 « coscopico, negli strati muscolari, furono trovate delle cavità
 « limitate da uno stroma di congiuntivo assai abbondante, spe-
 « cialmente alla periferia; delle numerose vescicole trasparenti;
 « dei lacerti di cellule prese dalla degenerazione colloide; e del-
 « le vescicole adipose, con i nuclei respinti verso i bordi. »

Progredendo nelle mie ricerche, trovo registrato nei Bullet-
 tini della Società Anatomica anche il caso osservato dal Dott.
 Lepine e comunicato il 1° Giugno 1877 dal Dott. M. F. Balzer (1).

« Si trattava di una donna di 40 anni, levatrice; aveva a-
 « vute due gravidanze, seguite da una pelvi-peritonite, e fu dopo
 « l'ultimo parto, e per questa malattia che entrò nell'Ospedale.
 « Fino dal primo parto aveva cominciato a provare dei dolori vi-
 « vissimi nel piccolo bacino, ed aveva tutti i sintomi di una ci-
 « stite cronica, accompagnata da evacuazione considerevole di
 « pus. Costipazione intensa; non si otteneva una defecazione che
 « con dei purganti leggieri o dei clisteri; ventre intimpani-
 « to alla palpazione nella regione sopra-pubica. Avvenuta la
 « morte e fatta la necropsopia, vennero trovati i due polmoni
 « congestionati alla base; il cuore sano pieno di grumi neri. La
 « cavità peritoneale non racchiudeva liquido di sorta; il fegato,
 « la milza ed i reni sani; soltanto i bacinetti erano iniettati, e
 « la milza contornata da aderenze. L'intestino tenue era a-
 « derente, e certo da antico tempo, agli organi situati nel pic-
 « colo bacino. Nel distaccare le briglie che univano l'epiplon al-
 « l'utero ed al ligamento largo sinistro, si strappò porzione di

(1). BALZER — *Abcès du ligament large gauche; pèlviperitonite avec abcès pelvien communiquant avec la vessie; rétrécissement du Rectum.* Bulletins de la Société Anatomique de Paris. LII Année 1877. 4.me Série. Tome II. — Paris 1877. Pag. 402.

« questo, e scolò una quantità considerevole di pus concreto, che
 « fu poi verificato essere in quantità di un bicchiere, e prove-
 « niente tutto dal ligamento largo, ridotto allo stato di una sac-
 « ca abbastanza ampia. L'utero era congestionato, e tratto verso
 « sinistra, alla pari della vagina. Il retto e la vescica avevano
 « contratti dei rapporti anormali ed erano in contatto imme-
 « diato sulla linea mediana: da ciascun lato del retto si vedeva
 « un vasto focolajo irregolare ed infruttuoso — che lo contornava
 « da tutti i lati — dalle pareti nerastre ed indurite, e che si esten-
 « deva in basso sino in vicinanza dell'ano, ed in alto sino alla
 « parte media della faccia posteriore della vescica. L'intestino
 « crasso aveva il suo calibro diminuito, e le sue pareti inspes-
 « site e contratte. A livello delle aderenze con la vescica vi era
 « una specie di cul di sacco, che formava un angolo retto per la
 « estensione di circa 4 centimetri, e poi si continuava con il ret-
 « to dopo di aver fatto una nuova curva pure ad angolo retto.
 « Il calibro dell'intestino era tanto diminuito da permettere ap-
 « pena l'introduzione di un piccolo dito. Le pareti dell'intestino
 « erano assottigliate; ad eccezione della muccosa che lo era sol-
 « tanto nella porzione sinuosa. »

Andrei troppo per le lunghe se volessi citare anche molti altri casi; ma mi basta uno soltanto ancora, tratto anch'esso dai Bullettini della Società Anatomica, dovuto al Dott. G. de Marignac (1) che lo aveva osservato nel turno del Dott. Guyon.

« Era una donna di 29 anni, che da 3 o 4 anni soffriva di
 « costipazioni persistenti, alternate da diarrea, malgrado qualun-
 « que cura e qualunque regime dietetico. Aveva avuti dei disturbi
 « nella digestione, vomiti sanguinolenti. Non poteva ottenere una
 « evacuazione senza avere fatti dei clisteri; e le materie fecali e-
 « rano sempre appiattite, e come passate alla filiera. Non aveva
 « mai sofferto nè di sifilide, nè di febbre tifoidea, nè di dissenteria.
 « Morta ed eseguita la necropsopia venne trovato il mesenterio

(1). MARIGNAC — *Rètrécissement par hypertrophie des tuniques cellulaires et musculaires du Rectum et du colon transverse — Examen microscopique.* — Bulletins de la Société Anatomique de Paris. LII. Année 1877. 4.me Série. Tome II. — Paris 1877. — Pag. 519.

« ricoperto da numerose piccole macchie bianche, schiacciate, gros-
 « se da una lente ad un nocciuolo di ciliegia, rilevate sulla fac-
 « cia peritoneale; numerose e disseminate sul mesenterio. L'intes-
 « tino crasso era disteso, ed il colon trasverso più o meno ade-
 « rente alla gran curvatura ed alla faccia posteriore dello sto-
 « maco. Aperto il retto longitudinalmente fu trovato un restringi-
 « mento tanto forte, che non permetteva neppure il passaggio
 « del dito piccolo, della lunghezza di 5 a 6 centimetri, e che co-
 « minciava da 7 od 8 centimetri sopra l'ano: al disopra del pun-
 « to ristretto, vi era una dilatazione che formava una vasta sacca
 « ripiena di materie fecali. La muccosa rettale era di un colore
 « grigiastro; e non presentava sulla sua superficie alcuna ulce-
 « razione: nè al disopra, nè al di sotto, nè nella lunghezza del
 « restringimento; era piegata, rigonfiata, specialmente sopra e sot-
 « to al restringimento, come se il tessuto sotto-mucoso essen-
 « dosi ristretto, la muccosa si trovasse troppo lunga per tappez-
 « zare esattamente la sua superficie. Le pareti del restringimen-
 « to presentavano uno spessore che variava, secondo i punti, da
 « 1 a 2 centimetri, ed avevano un aspetto grigiastro; si vedeva-
 « no perfettamente su di un taglio longitudinale 3 o 4 strati so-
 « vrapposti, e ad occhio nudo si potevano facilmente distinguere
 « i due strati muscolari che formavano dei fasci molto distinti
 « tra loro. Le pareti avevano una consistenza lardacea. Tutto il
 « tessuto situato tra il cul di sacco posteriore della vagina ed
 « il retto, aveva subita una trasformazione fibrosa.

« Anche il colon trasverso era la sede di due restringimen-
 « ti, il primo al di sotto del duodeno, e l'altro all'angolo formato
 « fra il colon trasverso, ed il colon discendente.

« I tagli fatti sul restringimento del retto, induriti nell'al-
 « cool e coloriti con il picro-carminio, eseguiti perpendicolarmen-
 « te al grand'asse dell'intestino, mostrarono un'ipertrofia pro-
 « nunziatissima di tutti gli strati costituenti le pareti del retto.
 « La muccosa sembrava sana; aveva perduto il suo epitelio, ma
 « non presentava in alcun punto ulcerazioni; le glandole più
 « lunghe che d'ordinario. Al disotto lo strato muscolare sotto-
 « mucoso era un poco inspessito. La tunica cellulare, che colle-
 « ga la muccosa agli strati muscolari, era quattro o cinque vol-
 « te più inspessita di quella del retto sano, ed era formata da
 « fasci di tessuto connettivo, serrati gli uni contro gli altri, e
 « disseminati da nuclei molto coloriti con il carminio, e che in

« alcuni punti erano riuniti in piccole masse. I vasi di questo
 « strato erano aumentati di volume, e di numero. La tunica mu-
 « scolare formata dallo strato delle fibre circolari e da quello
 « delle longitudinali, era aumentata nelle stesse proporzioni
 « della tunica cellulare. I due strati erano separati l'uno dal-
 « l'altro per il tessuto congiuntivo abbondante, ricco in nuclei,
 « e che inviava dei prolungamenti che formavano delle maglie
 « a traverso lo strato muscolare longitudinale. Lo strato musco-
 « lare era quello che sembrava il più ipertrofizzato, e che rac-
 « chiudeva il meno di fasci congiuntivali. La tunica cellulare sotto
 « peritoneale, egualmente aumentata in ispessore nelle stesse pro-
 « porzioni che le altre, offriva lo stesso aspetto della cellulare
 « sotto-muccosa, ma era molto meno ricca in nuclei, il tessuto
 « congiuntivo era disposto in modo ben chiaro in fasci concen-
 « trici. I tagli, fatti parallelamente all'asse dell'intestino ed alle
 « due estremità del restringimento, mostravano un'aumento gra-
 « duale e regolare delle diverse tuniche; a piccola distanza del
 « restringimento erano perfettamente normali. Il primo a mo-
 « dificarsi era lo strato cellulare sotto-peritoneale, che si adden-
 « sava sempre più, nel tempo stesso che i fasci del tessuto con-
 « giuntivo divenivano più compatti. Dei due strati muscolari, quel-
 « lo che si ipertrofizzava per il primo, era quello circolare.

« Questo restringimento era da annoverarsi tra quelli per
 « ipertrofia di tutte le tuniche, prodotta probabilmente dallo
 « sforzo che dovevano fare per vincere l'ostacolo che le aderen-
 « ze che l'imbrigliavano, diciamo così, facevano al corso delle ma-
 « terie intestinali. »

Sono stato contentissimo di aver potuto registrare per in-
 tiero questo importantissimo caso, non tanto per i dati clinici
 che vi sono diligentemente raccolti, ma perchè corredato da un
 reperto necroscopico attento ed accurato, e per di più con delle
 ricerche microscopiche, che per quanto mi sia data cura di ri-
 cercare, non rinvenni in nessun' altro caso.

Negli Annali della Scienza, là dove si parla dei restringi-
 menti del retto, vi è sempre un caso che viene citato non solo
 come quello che apparteneva ad un uomo che in vita fece par-
 lare molto di sè; voglio dire del famoso Talma, Artista dram-

matico di gran nome in Francia; ma perchè era tanto grave per presentare completa oblitterazione del canale intestinale. Il pezzo anatomico viene conservato al Museo Dupuytren a Parigi con il N.° 389, ed è argomento di viva discussione da parte dei Chirurghi, che appoggiandosi su questo caso, sostengono che conviene agire energicamente in simili casi, per contrapporre *a mali estremi, estremi rimedi*, e tentare di salvare un'uomo già perduto indiscutibilmente. — Lasciando da parte tutto quanto di pettegolezzi e di litigi vi furono tra i varj Chirurghi che visitarono e che facevano a gara di curare il Talma, perchè tutti per un certo tempo non conobbero la malattia; non ricercando neppure quanto ne racconta il Biett (1) che pubblicò un ragguaglio della malattia, che doveva quasi servire di scusa ai medici per avere sbagliata la diagnosi, e non averla fatta che sulla tavola anatomica, mi curerò solo del reperto necroscopico tale quale lo riferisce il Tanchou (2) nel suo trattato, e che aveva pur' esso, come amico, veduto il Talma in vita.

« Il retto situato al disotto del restringimento era ridotto al
 « volume dell' intestino tenue d' un bambino. La porzione situata
 « al disopra era estremamente distesa. Questa dilatazione rimon-
 « tava dall' intestino crasso all' intestino tenue sino nello stoma-
 « co, che era vuoto e di volume ordinario; il crasso aveva un
 « diametro di 5 o 6 pollici, ed il tenue di 3 o 4 pollici. — Tolto
 « il retto dalla cavità del bacino, fu trovata nella porzione dila-
 « tata di quest' intestino la faccia interna della perforazione, che
 « aveva dato luogo al versamento delle materie stercoracee. I mar-
 « gini di quest' apertura aderivano in fuori alla parte anteriore
 « dell' intestino ristretto. La porzione ammalata dell' intestino
 « non presentava *traccia veruna di canale*, dimodochè sembra-
 « va non esistere comunicazione veruna tra il capo superiore ed
 « il capo inferiore del tubo intestinale. — La malattia, che a-

(1). BIETT — *Observation de Talma* — Répertoire d' Anatomie et de Physiologie pathologiques. 1.me Trimestre, 1827.

(2). TANCHOU — *Traité des rétrécissemens du canal de l' urètre et de l' intestin Rectum* — Paris 1835. Pag. 239.

« veva prodotta questa oblitterazione occupava un' estensione di
 « circa un pollice e mezzo nella lunghezza del retto, che era ri-
 « dotto al volume di una penna da scrivere ordinaria, e formato
 « da una sostanza celluloso-fibrosa, al centro della quale non venne
 « trovata alcuna cavità. La malattia sembrava circoscritta ad
 « un' estensione di alcune linee, come se in quel punto l' inte-
 « stino fosse stato strangolato da un laccio. Questa parte offriva
 « inferiormente l' apparenza di un' ulcerazione. — La membrana
 « muccosa intestinale, situata al disopra del restringimento, era
 « completamente esente da infiammazione: al disotto del restrin-
 « gimento aveva un colore rosso intenso, con ispessimento delle
 « pareti dell' intestino. Aperto, presentava delle macchie rosso-
 « violacee nelle valvole conniventi, e delle ecchimosi nell' inter-
 « vallo delle valvole ed in una porzione dell' intestino tenue di
 « circa un piede di lunghezza. »

Il Dott. Malassez che aveva avuto occasione di studiare sulla tavola anatomica varj casi di restringimento, così referiva a U. Trèlat ed a Dèlens sulle alterazioni trovate a livello del punto ristretto, e che questi Autori riportarono nell' articolo sulle malattie del retto pubblicato nel Dizionario Enciclopedico da me più volte stato citato: « A livello della porzione
 « ristretta, nel punto il più elevato ed il meno dilatabile, che
 « offre grande resistenza all' introduzione del dito, ed al pas-
 « saggio delle materie, si trovava, non come viene detto ordi-
 « nariamente un tessuto analogo al tessuto cicatriziale, ma un
 « tessuto *del tutto analogo a quello dei bottoni carnosì*. Que-
 « sto tessuto formato da elementi giovani è molto vascolariz-
 « zato, e non offre che pochissima resistenza agli strumenti al-
 « lorchè si cerca di lacerarlo. È soltanto più in basso, dove il
 « restringimento è meno forte, ma più antico, che si vedono
 « comparire dei fasci di tessuto connettivo, serrati tra di loro,
 « contornati da tessuto embrionario, e presentanti i caratteri
 « di un tessuto cicatriziale. Tra i fasci della tunica muscolare
 « si trova pure un gran numero di elementi embrionarj infil-
 « trati, che si riuniscono in certi punti. Si vedono ancora tra
 « queste fibre degli ascessi, piccolissimi al loro principio, che
 « sono, senza dubbio, l' origine di quelle fistole che accompa-

« gnano i restringimenti, e che si aprono più spesso a livello
« o al di sotto del restringimento che al di sopra ».

Senza dilungarsi troppo nel citare, mi sembra da tutti i reperti anatomici referiti — sebbene ve ne sieno pochissimi che offrano importanza per essere dettagliati quanto occorrerebbe — che nella massima parte dei restringimenti, ad eccezione certo di quelli prodotti o da un neoplasma o da una semplice ripiegatura della muccosa, che sono costituiti in corrispondenza del punto ristretto da tre elementi che contribuiscono tutti e tre a formare il restringimento; e voglio dire ipertrofia delle tuniche muscolari, rigonfiamento della muccosa, e di più un elemento plastico, che è quello che in realtà costituisce il restringimento.

Infatti quale che sia la natura del restringimento, sia cicatriziale od iperplastico, a costituirlo contribuisce o il prodotto nuovo che abbia trovato sede fra le tuniche componenti l'intestino, oppure che abbia preso posto là dove le tuniche intestinali si alterarono al seguito di un processo morboso. La ipertrofia della muscolare viene anch'essa a costituire restringimento; ma per me credo che non serva che ad aggravarlo, ed anche a costituirlo essenzialmente, quando l'elemento morboso primitivo sia scomparso; ma mi pare di essere nel vero dicendo che non è altro che la conseguenza degli sforzi esagerati che è costretta di fare per espellere il contenuto del canale intestinale. — La muccosa rigonfia perchè è come la fodera di un abito cui la stoffa è scarsa; fa grinze da ogni parte. —

Non per questo credo che anche muscolare e muccosa possano avere altre alterazioni oltre l'ipertrofia ed il rigonfiamento. — Ma sostengo che il massimo delle volte l'elemento costitutivo il restringimento sta nell'elemento plastico, in quell'infiltrazione che le ricerche anatomiche hanno fatto trovare nel tessuto sottomucoso, che è denso, fibroso, grigiastro, quasi fibro-cartilagineo. —

Termino questa parte dicendo che qualche volta la mucosa intestinale, nel luogo del restringimento, anzichè essere rigonfiata, è distrutta, od ulcerata, o presenta delle vegetazioni,

e come dice il Nèlaton (1) dei tumori duri, resistenti, nei quali si sono verificati elementi fibro-plastici, ma che non hanno alcuno dei caratteri del cancro.

2° Le alterazioni che si riscontrano al di sotto del restringimento sono presto descritte, tanto più che non occorre citare reperti necroscopici, servendoci benissimo per questo i casi stati di sopra citati. — Il Malassez dice « nella parte che è al di sotto del restringimento e che corrisponde alla regione dello « sfintere, si vedono quasi sempre le cicatrici di una ulcerazione antica ». — In fatto sta che non rare volte l'estremità inferiore del canale intestinale al di sotto del punto ristretto si presenta sana e completamente normale. Nei casi nei quali il restringimento è dovuto a vaste e copiose ulcerazioni, che si sono formati degli ascessi, che vi è suppurazione abbondante a livello ed al disopra del punto ristretto, anche la mucosa che sta al di sotto ne risente, ed anch'essa s'infiamma, si ulcera, e per conseguenza anche intorno all'ano si hanno delle escoriazioni, degli ascessi, delle infiltrazioni, delle ulcere, che non sono altro che lo sbocco di un tramite fistoloso. Per lo più le alterazioni si residuano a diminuzione leggerissima del calibro dell'intestino, e la mucosa è arrossata, e ricoperta da pus o muco-pus proveniente dalle ulcerazioni che stanno al di sopra. Non di rado vi sono dei pacchetti emorroidarj, conseguenza delle alterazioni, e che possono infiammarsi ed ulcerarsi.

3° Molto più importanti, gravi e degne di considerazione sono le lesioni che si trovano al di sopra del restringimento. Il calibro dell'intestino si può dire in modo assoluto, che è aumentato in modo notevole — La mucosa in alcuni punti è ispessita, ed in alcuni altri è ulcerata estesamente tanto da esserlo per 10 o 15 centimetri con distruzione delle glandole. — Il Malassez a proposito di queste alterazioni dice: « Al di sopra del restringimento, si vedeva una porzione ulcerata, che aveva un'altezza variabile, e che non presentava alcuna traccia della mucosa che era rimpiazzata da del tessuto em-

(1). NÉLATON — *Elementi di Patologia Chirurgica*. — Napoli 1862. Volume secondo. Pag. 488.

« brionale — Al limite superiore dell'ulcerazione, al punto di
 « riunione della parte sana e della parte ulcerata, la muccosa
 « era leggermente scollata e nel suo spessore, tra i condotti
 « glandolari, esisteva una certa quantità di cellule giovani em-
 « brionarie. — Il tessuto sotto-mucoso a questo livello presen-
 « tava un gran numero di queste cellule, e si ritrovavano an-
 « che più in alto nei punti ove la muccosa era sempre sana. — »

In una parola le due lesioni che si hanno al di sopra del restringimento sono, l'aumento di calibro dell'intestino, l'ulcerazione vasta, estesa della muccosa, e malgrado questo, inspessimento anzichè diminuzione nello spessore delle tuniche intestinali. Tutto questo si spiega con un fenomeno solo, e cioè la costipazione. Infatti l'intestino al disopra del restringimento costretto a fare da deposito a quantità enormi di materie fecali, è necessariamente forzato a distendersi; e tanto più in quanto gli sforzi fatti per espellere le fecce raccolte fanno sì che ne discendano in buona quantità e là vi si depositano maggiormente. Intanto questi conati a defecare fanno sì che le tuniche muscolari s'ipertrofizzano, e così mantengono ed anche aumentano all'intestino quello spessore che a tutta prima parrebbe dovesse diminuire sia per la distensione subita, sia per l'ulcerazione cui va soggetto. E l'ulcerazione pure è conseguenza immediata e necessaria della costipazione, inquanto quella massa enorme di fecce là raccolte irrita, a lungo andare, il tessuto, col quale è a contatto, l'infiamma, e si formano delle ulcere, che da prima piccole, vanno rapidamente crescendo, appunto perchè là trovano gli elementi tutti atti a formarle, ma non a guarire. —

È su questa ulcerazione, da prima non studiata, e poi bene ricercata e fatta occasione ad osservazioni attente ed accurate che si sono fatti dei commenti importanti sulla patogenia di alcuni restringimenti tra i quali i sifilitici. — Ma non è questo il momento opportuno per dare luogo a questa discussione: il momento opportuno sarà quando si dovrà parlare dei restringimenti sifilitici in particolare, e che mi occorrerà prendere in esame i lavori del Gosselin e le critiche fattegli dal Fournier.

Ma piuttosto prima di lasciare questo Capitolo dedicato

tutto all' Anatomia Patologica dei restringimenti del retto, mi necessita accennare ad alcune alterazioni anatomiche, ad alcuni processi morbosi, che se non si producono sempre, pure si manifestano qualche volta, e sono conseguenza necessaria dei restringimenti del retto. Voglio dire delle fistole rettali. —

La costipazione che permise l'accumulo di enormi quantità di feccie nell'intestino al di sopra del restringimento, è la cagione delle fistole, che complicano l'ostruzione intestinale. — L'irritazione che quelle producono causa delle ulcerazioni da prima che vanno sempre aumentando, e danno quella suppurazione per lo più abbondante, e della quale ho parlato quando dicevo che si faceva; perchè sciolta molto; strada di per sè a traverso il restringimento. Ma non infrequentemente quella stessa irritazione produce dei veri e proprj ascessi nel tessuto cellulare perirettale, che aprendosi poi tanto nell'intestino quanto all'esterno, costituiscono dei tramiti fistolosi completi. — Non di rado poi accade ancora che l'ascesso dopo di essersi aperto nell'intestino, invece di farsi strada verso la regione anale, per costituire poi una fistola anale completa si apre in uno dei visceri vicini, come la vagina, o la vescica, e forma una fistola retto-vaginale o retto-vescicale. — Complicanze queste gravissime, in quanto ad una malattia gravissima ne aggiungono un'altra pur gravissima, aggravano la prognosi, e rendono più difficile la terapia, giacchè conviene curare anche questa seconda malattia per tentare di ottenere la guarigione della prima. Una avvertenza molta importante relativa ai tramiti fistolosi, che non vanno ad aprirsi nella vagina o nella vescica, si è che il più delle volte anzichè sboccare nella regione perineale: come si ha in generale per le fistole anali; vanno ad aprirsi nel retto stesso nella porzione che è al di sotto del restringimento. — Le fistole come complicanza non sono rare, e C. E. Pinguet (1) nella sua tesi arriva al punto di dire che si riscontrano in più della metà dei casi di restringimento. Asserzione questa esage-

(1). PINGUET — *Des rétrécissements du Rectum. — Appréciation des diverses méthodes thérapeutiques.* — Thèse de Doctorat. — Paris 1873.

rata e che non è nemmeno ripetuta da Ferrier (1) e da J. F. Robert (2) che si occuparono di questo stesso argomento. Quello che è certo si è, e lo fanno gli Autori tutti notare, che non di rado i tramiti fistolosi sono multipli, ed arrivano sin'anco ad annoverarsene cinque come nel caso citato da Fournier nelle sue lezioni già varie volte citate. —

E per terminare con le complicate che possono avvenire al seguito di un restringimento dirò della rottura dell' intestino, e peritonite consecutiva; le emorragie; i flemmoni e le eresipele.

La rottura dell' intestino può avvenire in due modi, e cioè per l' ulcerazione che andando sempre più aggravandosi perfora le tuniche tutte, oppure per lo sfiancamento che avviene nell' intestino già ripieno ad esuberanza da materie fecali che non può espellere, e che è costretto a fare degli sforzi immensi per ottenerne l' effetto. Ma giust' appunto qualche volta, e questo quando l' individuo è già molto emaciato, e non può più oltre resistere a tutti gli attriti che sforzi ed altro impongono, le tuniche intestinali, in un eccesso di azione, si rompono, ed allora tutto il contenuto dell' intestino si vuota entro la cavità addominale. È inutile soggiungere che in queste condizioni è una peritonite violenta e letale che si produce, e che chiude così il decorso di questa dolorosa malattia.

Se l' ulcerazione della mucosa va sempre facendosi strada in estensione progredisce anche in profondità; e così qualche volta avviene che la rottura dell' intestino si faccia lentamente per questa causa. — Ciò però richiede molto tempo; ma quando il lavoro può eseguirsi intieramente, e l' ulcerazione è divenuta tale da perforare le pareti tutte dell' intestino, anche in questo caso abbiamo il versamento delle materie fecali nella cavità peritoneale, e la peritonite prontamente letale. Ma per questa evenienza non è difficile che un'altra complicanza, da me già ricordata, avvenga, e voglio dire che mentre si compie

(1). FERRIER — *Des fistules dans les rétrécissements du Rectum.* — Thèse. — Paris, 1877.

(2). ROBERT — *Des fistules dans les rétrécissements du Rectum.* — Thèse — Paris, 1878.

a poco a poco il logorio delle pareti intestinali, l'ulcerazione venga giust'appunto ad interessare uno dei molteplici vasi sanguigni che fanno una ricca rete dell'intestino. — In tal caso avviene un'emorragia; ed ognuno può comprendere la gravità di questa nelle disperate condizioni nelle quali si trova un individuo affetto da moltissimo tempo di restringimento al retto, che non solo ha dovuto sopportare le sofferenze tutte dovute alla malattia, ma anche quelle che sono un corollario necessario delle complicate: sia locali, che generali.

Ed è anche debito notare che il continuo scolo di materie putride, d'icore dovuto alle ulcerazioni intestinali, irrita non solo la mucosa rettale che sta al di sotto del restringimento e della ulcerazione, ma anche i tessuti con i quali viene ad essere in contatto, e così si hanno delle eresipele e dei flemmoni peri-anali e peri-rettali, che se non gravi per loro stessi, divengono tali per le condizioni nelle quali si trova quell'individuo affetto da restringimento.

Per ultimo dirò che Gosselin (1) ed Huguier (2) hanno constatata un'altra complicanza assai rara e propria unicamente della donna, e voglio dire dell'estiomene della vulva, che veramente non seguirebbe al restringimento ma coinciderebbe, in modo che Gosselin pensa giusto che questo avvenga, perchè le due affezioni sono della medesima natura.

Come lesione di ugual natura è necessario registrare che nei casi di restringimento per sifilide si trovano abitualmente dei condilomi alla regione anale, dovuti ad uno sviluppo ipertrofico della epidermide, delle papille e degli strati superficiali del derma, e che pel Gosselin sarebbero il risultato di una modificazione particolare della vitalità dei tessuti a livello ed

(1). GOSSELIN — *Recherches sur les rétrécissements syphilitiques du Rectum.* — Archives Générales de Médecine, 1854. Volume II. V Serie. Tome 4. — Paris. 1854. Pag. 666.

IDEM. — *Clinique Chirurgicale de l'Hopital de la Charité.* — Tome Troisième. — Paris 1879. Pag. 701.

(2). HUGUIER — *De l'esthioméne de la vulve.* — Mémoires de l'Académie de Médecine. — Tome XIV. Paris.

in vicinanza delle ulceri, e conseguentemente sarebbero, nella massima parte dei casi, un sintoma locale e non diatesico.

Costallat nella sua memoria di sopra citata, dice di avere vedute delle febbri intermittenti complicare il restringimento del retto. — Per me questo è un errore di apprezzazione. — Può darsi che si trattasse di infezione dovuta ai materiali putridi, anzichè una febbre periodica come ordinariamente si intende dai patologi.

Non dico parola su tutte le complicate generali che si possono avere, e che sono dovute al deperimento nel quale si trova l'individuo. — Mi pare di averne detto già a sufficienza quando ho parlato delle conseguenze terribili, cui va incontro un disgraziato affetto da restringimento del retto, lasciato a sè.

VII

DEI RESTRINGIMENTI CONGENITI DEL RETTO.

Dopo avere lungamente discorso sulle generalità dei restringimenti, il cammino da percorrere per trattare delle specialità è molto facilitato ed abbreviato. — Nello studio loro andrò innanzi servendomi della classazione che ho fatta in uno dei Capitoli precedenti.

I restringimenti congeniti come ho già detto sono quelli che datano sino dalla nascita, e possono, per una causa qualunque, passare inosservati, per più o meno lungo tempo. — È un Capitolo questo da farsi quasi completamente nuovo, giacchè ben pochi ne hanno parlato, o se lo fecero fu con poche parole che accennavano piuttosto alla possibilità della loro esistenza, anzichè descriverli e studiarli.

Convien fare subito una distinzione, che equivale pure anche ad un programma per la compilazione di questo Capitolo. — Voglio dire che dei restringimenti del retto completi tanto da ridurre a un cordone fibroso l'estremo del retto se ne danno; ed è pure fuori di dubbio che questi dopo di avere interessato il retto vanno anche ad occupare l'ano, e così si hanno delle atresie, delle imperforazioni anali. — Di queste io non me ne occupo affatto; è soltanto dei restringimenti che interessano il retto.

Si può accettare come assioma questo principio: ogni restringimento congenito del retto è dovuto ad un'alterazione nello sviluppo normale. Ne viene come conseguenza logica, e necessaria, che si produce il restringimento del retto con le stesse leggi, modificate solo in parte, che si ha un'atresia dell'ano, un'ano aperto anormalmente.

Ho insistito molto, e giust'appunto per questo, quando io parlai dello sviluppo del retto e dell'ano, sulla cloaca, la quale comunicherebbe con l'esterno verso la decima settimana, mercè l'apertura anale formata da depressione e quindi introflessione dei foglietti viscerali. Questa ulcera poi contemporaneamente comunicherebbe con l'allantoide, e cioè con l'uraco e la futura vescica urinaria. In tal modo, e l'ho già dimostrato, l'apparato genito-orinario e l'apparato defecatore comunicherebbero fino ad una data epoca della vita tra loro; e ciò, mercè la cloaca, che servirebbe d'intermedio fra l'uno e l'altro apparato. Ciascuno di questi organi acquista la sua autonomia solo quando la cloaca è scomparsa. — Ora accade che talvolta per una perturbazione qualunque, certo non spiegabile — tanto più che è difficile potere a tutt'oggi descrivere con accuratezza tutti i passi che fanno i foglietti embrionali — si altera il processo normale, e sia che avvenga l'introflessione anale, sia che scompaja la cloaca, si ha un'alterazione di sviluppo. — Fortunatamente è raro che venga disturbata l'evoluzione intiera di questo processo; e così è raro avere un vizio congenito grave, da contare cioè e mancanza dell'ano, e comunicazione dell'intestino con gli organi genitali od orinarj. Pur tuttavia se ne conoscono dei casi, e fra gli altri basti citare le osser-

vazioni del Rizzoli (1), Ricchi (2), Wutzer (3), Godard (4) ed altri.

Il mio amico, il Prof. Angiolo Filippi (5), in una sua pregevole Memoria letta alcuni anni or sono alla Società Medico-Fisica di Firenze sulle atresie ano-rettali congenite, in questo modo raggruppava i tipi di atresie retto-anali conosciute sino ad oggi; 1.^o atresia semplice dell'ano per ritardo di sviluppo nel foglietto animale che deve formarlo, con vicinanza dell'intestino, sviluppatosi normalmente dal foglietto vegetativo; 2.^o atresia ano-rettale con apparenza di perfetta formazione esterna prodotta da arresto di sviluppo dell'ampolla rettale, e perciò stesso non raggiunta perfettamente dal tubo anale del foglietto sieroso; 3.^o atresia ano-rettale complicata a fistola retto-vescicale, per chiusura dell'ampolla rettale, e permanente comunicazione fra lo intestino e la porzione intra-fetale della vescica allantoidea con formazione esterna del cul di sacco anale; 4.^o atresia ano-rettale complicata essa pure da fistola retto-vescicale, per fusione del tubo anale coll'ampolla vescicale, invece che coll'ampolla intestinale rimasta chiusa; 5.^o atresia ano-rettale in individuo di sesso femminile per oblitterazione delle due ampolle anali per una parte, rettale per l'altra, mentre sono sviluppate normalmente fra di loro, la vagina, la vescica e uretra; 6.^o atresia anale complicata da comunicazione retto-vaginale o vulvare per arresto di sviluppo nel foglietto blastodermico esterno, e comunicazione dell'ampolla rettale

(1). RIZZOLI — *Di un'atresia congenita dell'ano in una fanciulla con isbocco dell'intestino retto nella vulva.* — Memorie dell'Accademia delle scienze di Bologna 1837. VIII — 51.

(2). RICCHI — *Sopra un caso di ano vulvare operato felicemente alla Rizzoli.* — Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna. Serie 6. Volume III.

(3). WUTZER — *Ueber die Operation der angeborenen After-Verschließung.* — Rheinische Monatschrift. Juni — 1851.

(4). GODARD — *Trois observations d'Atresie du Rectum.* — Société de Biologie. Juli 1853.

(5). FILIPPI — *Sopra tre casi di atresia ano-rettale congenita.* — Atti Accademici della Società Medico Fisica-Fiorentina. Anni 1868-69-70-71. — Firenze, 1873, pag. 11.

nel canale vaginale; 7.^o atresia ano-rettale semplice per chiusura completa dell'ampolla rettale e del canale vaginale, con presenza insieme del canale anale.

L'Esmarck nella sua Monografia già citata sulle malattie dell'ano e del retto, riepiloga così i vizi di conformazione: 1.^o chiusura dell'ano; 2.^o chiusura del retto e dell'ano; 3.^o chiusura del retto solamente; 4.^o aperture anormali del retto, o formazioni congenite di cloache.

Ma intanto assai meno rari delle atresie anali complicate da sbocco dell'intestino in altro organo, sono le semplici atresie anali, che rappresentano un restringimento completo dell'ano, ed anche di porzione del retto: giacchè questo si trova più o meno in alto, e quindi obliterato per una certa lunghezza. Dehio (1) che ammette rari i casi di atresia del canale intestinale, riconosce che data la rarità, sono più frequenti nell'estremo inferiore del retto. È constatato però che la Natura molte volte se errò nel deviare dal tipo normale, rimediò relativamente non di rado in parte con un'altra bruttura, e cioè facendo sì che l'ano non esistesse, ma che fra l'intestino e l'esterno vi fosse comunicazione, mercè un'apertura situata in qualche parte. — Ed infatti sono molti i casi citati dai varj autori, e fra questi conviene ricordare Massari (2), De Saint-Germain (3), ed altri, che non sto a rammentare per non andare troppo per le lunghe.

Ma a vero dire non sono questi i veri e proprj restringimenti rettali. — Sono delle atresie retto-anali, e più anali che rettali, in quanto l'intestino trova modo di comunicare all'esterno con qualche orifizio. — Il vero restringimento del retto completo pur troppo è certo che il massimo delle volte — e dirò il massimo, sebbene direi volentieri sempre, perchè in altera-

(1). DEHIO — *Zur Casuistik der Atresiein des Darmcanales*. — Dorparter medicinische Zeitschrift. Vol. III. 1. Disp: 1872.

(2). MASSARI — *Zwei Fälle zur Casuistik der Atresia ani*. — Oesterr: Jahrb: für Pädiatrik. N.^o 1, 1874.

(3). DE SAINT-GERMAIN — *Anus artificiel* — Gazette des Hôpitaux N.^o 27, 1874.

zioni di sviluppo non vi può essere niente di fisso e di costante — va unito a lesione anche dell'ano, e per conseguenza si ha che fare con un vizio complesso, anzichè isolato. — È che sia la verità lo dimostrano le varie osservazioni, come quelle di Kotzmann (1), di Atthill (2), di Gillette (3), di Fabian (4), di Calmann (5), di Schulten (6) e quella riportata nel *Lancet* come casistica, senza nome di autore (7). Sono queste delle atresie o restringimenti completi, che sono osservati nei primi giorni della vita, ed allora curati, perchè si manifestano immediatamente all'ostetrico; ed in qualche caso la cura è procrastinata ad una epoca un po' più remota, quando il bambino è cresciuto.

Se vi è apertura in qualche altro punto, e le feccie possono venire al di fuori, allora ci è compatibilità con la vita: altrimenti no; e la ritenzione delle feccie, il meteorismo sono segni tanto manifesti che richiamano subito l'attenzione della famiglia, per constatare che vi è mancanza dell'ano, o per meglio dire che il retto è imperforato.

Io che mi sono prefisso di studiare i restringimenti del retto, sono quelli incompleti che offrono occasione di studio ed interesse come quelli che sono veri e proprj restringimenti e non atresie ano-rettali. — È un soggetto non ancora bene studiato, e si trova ben poco negli Autori. — Pur nulladimeno in questi ultimi anni alcuni se ne occuparono, e segnatamente

(1). KOTZMANN — *Beitrag zur Casuistik der Atresia ani et defectus Recti*. — Wiener medicinische Wochenschrift. N.º 24, 1877.

(2). ATTHILL — *Imperforate Rectum*. — Proceed of the Pathol: Soc: of Dublin. — Dublin Journ. of. med. Sc. Febr: 1876.

(3). GILLETTE — *Imperforation ano-rectal; entérotomie périneale*. — L'Union Médical. — N.º 48; 1877.

(4). FABIAN — *Atresia ani-congenita. Proctoplastica*. — Gazeta lekarska. N.º 1, 1878.

(5). CALMANN — *Imperforate Anus*. — Lancet. Jan: 26 — 1878.

(6). SCHULTEN — *Fall of Atresia ani congenita. — Perineal incision. — Kolotomy*. — Dod. Finska läkarensällskapets handl. Bd: 19. p: 119, 1878.

(7). *Imperforate Rectum; Littre's operation, death on the eighteenth day*. — Lancet. — Sept: 1 — 1877.

in Francia, dove avvenne nell'anno decorso un'importante discussione alla Società Chirurgica di Parigi su questo argomento.

Il dì 11 Dicembre 1878, il Dottor Lannelongue (1) comunicava il seguente caso :

« Un bambino di 21 mese era portato a consultare il medico
 « per una caduta del retto avvenuta in seguito a sforzi violenti.
 « — La madre aveva osservato anco per l'innanzi che talvolta
 « si presentava nell'ano qualche cosa di rossastro; fu soltanto
 « in seguito che si ebbe la fuoruscita di quella massa, rotonda,
 « del volume di una mela, leggermente schiacciata sulle sue due
 « faccie, avente sul suo centro un orifizio, e completamente di-
 « stinta dall'ano, che non presentava continuità di sorta con la
 « massa. La superfice era leggermente ulcerata, e quando si
 « metteva il dito nell'intestino si trovava questo, a livello del
 « tumore, ristretto da delle pareti indurite. — Il canale ristretto
 « aveva circa due centimetri di altezza. Dall'ano si aveva, dopo
 « ridotto il tumore, uno scolo di pus sanguinolento, ed anche di
 « pus soltanto. Ridotto il tumore, questo non prolassò più, e
 « sempre le feccie ebbero un aspetto speciale perchè schiacciate :
 « l'esistenza di una valvola che prendeva la circonferenza del-
 « l'intestino, a margini sottili, membranosa, ed incapace di of-
 « frire una forte resistenza alle pressioni del dito. — Questa
 « valvola era piena nella porzione d'intestino corrispondente al-
 « l'ampolla rettale, a 2 o 3 centimetri al disopra della porzione
 « sfinterica del retto. »

Nella medesima occasione il Dott. Lannelongue accennava anche a questo secondo caso :

« Un giovinetto di 4 anni, nel quale la caduta del retto era
 « completa, e che aveva la formazione di un tumore del volu-
 « me di un pugno con infiammazione ed indurimento delle pa-

(1). LANNELONGUE — *Pathogénie des rétrécissements du Rectum.* —
 Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris. Tome IV. —
 Paris, 1878. — Pag: 801.

« reti dell'intestino all'intorno dell'orifizio situato sul tumore.
 « Dopo 3 mesi di cura il fanciullo era definitivamente guarito,
 « ed il Dott. Lannelongue fu molto sorpreso di trovare col riscon-
 « tro digitale un semi-anello indurito che occupava la parte po-
 « steriore dell'intestino, a 4 o 5 centimetri dall'ano. Questo in-
 « durimento era abbastanza rigido e non era accompagnato da
 « veruna complicazione. Il fanciullo restò sempre nelle medesi-
 « me condizioni. »

Il Dott. Lannelongue attribuiva questi due casi di restringimento alla caduta del retto.— Era una causa nuova per lui, che meritava considerazione e studio. Il Dott. Dèspres credè di vedere in questi casi due esempj di restringimento congenito, che detto Chirurgo aveva osservato anche in un individuo di 51 anni, e che si caratterizzerebbe per essere ad un'altezza determinata da 3 a 5 centimetri al di sopra dell'ano. — I restringimenti congeniti avrebbero per questo Chirurgo un carattere tutto speciale, e cioè che la briglia che si forma e che costituisce il restringimento, scivola facilmente su essa stessa. Questo fatto del resto avrebbe analogia con ciò che accade per tutte le saldature che accadono nel primo periodo della vita, che cioè a livello delle saldature la pelle e le mucose si riuniscono intimamente senza aderire alle parti profonde: per l'intestino la mucosa intestinale sarebbe intatta. Nei casi del Dott. Lannelongue, il Dott. Dèspres sarebbe stato d'avviso che il prolasso del retto anzichè la causa fosse l'effetto del restringimento. — D'altra parte Lannelongue negava come giusta quest'asserzione di Dèspres a causa della altezza del restringimento e Farabeuf era propenso a menare per buone le ragioni di Lannelongue: tanto più che voleva dimostrare falso il meccanismo ammesso dal Dèspres in quanto che sarebbe tra la prostrata e il bulbo che si farebbe la saldatura, una volta che la porzione superiore del retto si sviluppa a livello della porzione membranosa dell'uretra: il restringimento osservato dal Lannelongue non avrebbe potuto trovarsi in queste condizioni, essendo ad un'altezza di 6 centimetri.

Trèlat, accennando a 7 od 8 osservazioni di restringimenti congeniti, faceva osservare che è sugli adulti, in individui dai

16 ai 20 anni in là, e mai nei fanciulli che si riscontrano; che introducendo un dito è stato sempre trovato un piccolo restringimento valvolare soffice, sottile, che dava una sensazione molto diversa da quella dei restringimenti neoplastici. — Non era questo il caso osservato dal Dott. Lannelongue, e conseguentemente era propenso ad accettare piuttosto l'ipotesi di questo Chirurgo, anzichè quella del Dèspres. Il Dèspres è vero che aveva accennato all'idea che l'ampolla rettale doveva trovarsi più in alto; ma Trèlat diceva che ciò non aveva importanza in quanto vi è molta varietà su questo fatto; giacchè mentre in alcuni casi le due ampolle si toccano, in alto vi sono delle borse muscolari che le riuniscono insieme, e qualche volta ancora l'ampolla è situata molto in alto; come pure bisogna rammentarsi che il retto può mancare alla pari dell' *S* iliaco, del colon discendente, del colon trasverso, ed allora — allorquando l'ampolla rettale s' incontra molto in alto — conviene ammettere che manca una porzione di retto.

Il Dott. Dèspres non cambiava però di avviso, ed alla seduta successiva in appoggio delle sue idee comunicava il seguente caso, accennato anche quando discuteva sui casi discussi dal Dott. Lannelongue.

« Un'uomo di 51 anno, cocchiere, entrò nell'Ospedale perchè
 « da un'anno soffriva di dissenteria. Era un'uomo forte e robu-
 « sto che non aveva mai avute malattie: solo un'anno prima eb-
 « be una bronchite che durò circa 15 giorni, dopo la quale so-
 « praggiunse la dissenteria vera e propria accompagnata da pre-
 « miti, da tenesmo anale e vescicale; dopo 6 mesi continuò la
 « diarrea, ma scomparve il sangue. Siccome lo stato generale era
 « buono, continuava il paziente a lavorare, sino a che soprag-
 « giunta un'emottisi abbastanza grave, che si ripeté per tre vol-
 « te nelle 24 ore, e continuò per 11 giorni fu costretto a met-
 « tersi in riposo. Durante questo periodo il sangue non era più
 « mescolato alle feccie, ma queste erano sempre, o diarroidiche,
 « o, se solide, sottili e schiacciate. Non vedendo mai un migliora-
 « mento in questo, fu allora che si decise a consultare un me-
 « dico, ed entrò nell'Ospedale, nel turno del Dott. Deprès. Avan-
 « ti la comparsa della bronchite e consecutiva dissenteria, non ave-

« va avuta che una diarrea, che durò circa 3 settimane all'età di
 « 29 anni; una blenorragia a 20 anni; il vaiuolo benignissimo a
 « 43 anni. Convieni avvertire ancora che la prima volta che ebbe
 « la diarrea fu in un'estate molto calda, e mentre si trovava in
 « un luogo dove era un epidemia di *colerino*. Mai ulceri, mai e-
 « morroidi, mai malattia alcuna all'ano; le funzioni digestive ed
 « intestinali sempre eccellenti. Un fatto importantissimo, notato
 « dal malato, fu posto in rilievo, e che cioè avere egli osservato
 « che qualche volta le materie fecali non erano molto grosse,
 « ma gli sembravano più sottili, più schiacciate del consueto, e
 « di quello che non sia nel massimo delle persone: d'altra parte
 « non se ne curava, giacchè non provava veruna molestia alla
 « defecazione. Esaminato il malato, all'ispezione si trovava im-
 « mediatamente al davanti dell'ano una specie di tessuto bian-
 « castro, che non era in realtà che uno slargamento del rafe pe-
 « rineale, vale a dire — come accenna il Dèspres — un indizio di
 « un vizio di conformazione. Indietro v'era una piccola massa car-
 « nosa del volume di una piccola nocciuola di color grigio-rosa,
 « consistente; era un'emorroide avvizzita. Introducendo il dito
 « nel retto, si sentiva, subito al di sopra dell'emorroide raggrin-
 « zata e già indicata, e cioè sulla faccia posteriore ed al principio
 « del retto, una piccola ulcerazione superficialissima; e 3 cen-
 « timetri più alto un restringimento, che lasciava passare il dito
 « indice comodamente, formato da una semplice briglia circolare:
 « a livello della quale la muccosa che era perfettamente intatta,
 « liscia, senza traccia d'ulcerazione, scivolava sulle parti al di
 « sopra e al disotto della briglia, e conservava la sua integrità.
 « Sarebbe questo dunque un restringimento fibroso del retto, si-
 « tuato a 5 centimetri dall'ano.

« Con dei clisteri veniva evitata la costipazione, e siccome
 « il paziente non soffriva troppo e con delle adatte cure scom-
 « parve, Dèspres consigliò di non fare cosa veruna. »

Come ho detto incominciando questo Capitolo, ben poco è stato parlato fino ad ora dai varj Autori su questa forma di restringimenti detti congeniti. — È piccola cosa conseguentemente ciò che vi è da dire.

Nèlaton, nella sua Patologia Chirurgica al Capitolo dei Vizi di Conformazione dell'Ano e del Retto, dice che questo modo di

obliterazione già stato indicato anche da A. Bérard e Maslién-rat-Lagemard consiste in briglie più o meno tese e complete che mettono ostacolo all'apparecchio della defecazione. Questi setti, che sarebbero fatti soltanto da una ripiegatura della mucosa, avrebbero l'aspetto di una specie di diafragma forato nel centro da una apertura, o da una semiluna.

Terrier e Jamain (1) ancora ammettono questa categoria di restringimenti, e non aggiungono niente di più a ciò che era stato detto da Nèlaton.

Reynier (2) nell'ultimo anno si occupò assai di questa questione. Il primo caso da lui osservato era il seguente:

« Un uomo di 32 anni, che aveva avute costipazioni ostina-
« tissime, a 25 anni aveva sofferto di dissenteria. Andò all'Ospe-
« dale, dopo di avere per tre mesi continui patiti dolori violenti
« alla defecazione. Avendo creduto i curanti che si trattasse di
« una ragade fecero la dilatazione forzata. Ritornò la costipa-
« zione. Fatto un riscontro digitale fu trovata una valvola al-
« l'unione della terza porzione sfinterica del retto con la secon-
« da, od ampollare. Il paziente era molto mal andato.

« Il Dott. Reynier studiando questo malato diceva non trat-
« tarsi qui di un restringimento sifilitico perchè non era chiuso,
« resistente, inestensibile, rigido, sebbene l'altezza, sede, età del-
« l'individuo potessero farlo supporre. La valvola in questo caso era
« molle, depressibile al dito, poco spessa. Escludeva il restringi-
« mento per dissenteria, giacchè questa non era mai stata dia-
« gnosticata dal medico, e perchè allora avrebbe dovuto avere la sua
« sede più in alto. Eliminava il restringimento per ragade, per-
« chè la costipazione data da molto più tempo. Non era il re-
« stringimento che Tillaux aveva chiamato a sperone, perchè que-
« sto accompagna le fistole. Era un restringimento valvolare con-
« genito del retto, che fu operato da Tillaux, sezionando le bri-

(1). TERRIER E JAMAIN — *Pathologie chirurgicale*. — T. II. 1870. — Pag. 629.

(2). REYNIER — *Des rétrécissements valvulaires congénitaux du Rectum*. — *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*. — Paris 1878. Tome XV. Deuxième Série. Pag. 759.

« glie in avanti, e indietro sulla linea mediana con un bistoury
 « bottonato. Vennero due piccole emorragie, una dopo la opera-
 « zione, ed una la sera: che furono frenate subito con un tam-
 « pone, e col percloruro di ferro. Dopo un mese la guarigione
 « era completa. »

Il secondo caso osservato da Reynier, insieme al Professore Gosselin è questo :

« Una giovinetta di 21 anno aveva avuta sempre costipazio-
 « ne intestinale. Gosselin constatò a 3 centimetri sopra l'ano un
 « vero diafragma pertugiato al centro, sottilissimo, e con tutti i
 « caratteri già stati constatati nella osservazione precedente. Fu
 « fatta la sezione col bistoury, ed avvenne la guarigione rapi-
 « damente. »

La terza ed ultima osservazione studiata da Tillaux con Reynier è la seguente :

« Una giovinetta di 15 anni che soffriva di costipazione si
 « consigliò con Tillaux, il quale trovò a 3 centimetri dall'ano
 « un diafragma pertugiato nel centro. Fu sezionato ed avvenne
 « la guarigione. »

Lo studio di questi restringimenti, conviene dirlo, è dovuto in massima parte ai Francesi. Infatti quel poco che troviamo su tale argomento è nella loro letteratura.

Esmarck, nella sua Monografia più volte citata, dopo avere ripetuto le solite generalità su questa categoria di restringimenti, dice che è vero potere consistere le pliche solo di mucosa, ma talvolta contengono anche delle fibre muscolari circolari ipertrofiche. — L'asserzione di Esmarck sarebbe appoggiata sul fatto osservato da Hohlrausch (1) su di un giustiziato, nel quale trovò un validissimo restringimento, con la mucosa sana ma

(1). HOHLRAUSCH — *Stricturen des Mastdarmes* — *Zur Anatomie und Physiologie der Beckenorgane*. — Pag. 7. — Leipzig. 1854.

duplicata, e tra la piega uno strato di fibre muscolari-circolari formava un'anello muscolare ipertrofico, duro, spesso, mentre che lo strato di fibre longitudinali scendeva all'esterno del punto ristretto. — Ma se il caso di Hohlrausch è importante, è pur vero che l'ipertrofia dello strato muscolare può avvenire per l'esercizio esagerato come in tutti gli altri restringimenti. — Il caso citato ha valore però, perchè erano solo le fibre circolari che prendevano parte alla composizione della valvola. Il Hohlrausch faceva osservare che in tal caso, doveva necessariamente avvenire un peggioramento: sia per la disposizione delle fibre muscolari, sia per la contrazione, sia per la dilatazione, a modo di sacco, che si forma al di sopra di questo punto. — L'Esmarck caratterizza i restringimenti congeniti come atresie incomplete; ed appoggia questa sua opinione col fatto constatato da varj patologhi, che il restringimento congenito talora si trova ereditario nelle famiglie, alla pari di un' atresia. —

È un fatto che nella Scuola di Montpellier si hanno i primi studj, ed i più importanti, sulla distinzione che meritano i restringimenti congeniti, da quelli di un'altra natura qualsiasi. Fù il Bènoit (1) che studiò e descrisse due preparati anatomici depositati nel Museo di quella Facoltà dal Professore Dubreuil, e procurò anche di fare delle distinzioni pel modo di trattamento loro. Ciò accadeva nel 1846; fu nel 1851 che Bouisson (2) in una sua tesi studiò profondamente l'argomento, e differenziò in un modo assoluto i congeniti dagli altri restringimenti. Trèlat (3) nel suo Articolo sui Vizi di Conformazione dell' Ano, dice che dovrebbero annoverarsi tra i restringimenti anche quei casi nei quali l'ano si porta in avanti verso la forchetta vulvare, più o meno lontano dal rafe perineale, e va ad aprirsi per uno stretto orifizio. —

(1). BÈNOIT — *Rétrécissements valvulaires congénitaux*. — Journal de Médecine de Montpellier, 1846.

(2). BOUISSON — *Vices congénitaux du Rectum*. — Montpellier. Thèse, 1851.

(3). TRÈLAT — *Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales*. — Première Série. Tome Cinquième. — Paris. 1870. Pag. 432.

Giraldes (1) nel suo Articolo sui Vizj di Conformazione dell' Ano non dice una parola di più: egli classifica i restringimenti anali fra i vizj di conformazione dell' estremità inferiore dell' intestino, e basta. —

Le-Dentu (2) nel 1876 faceva una Lezione su quest' argomento, e dopo aver ripetuto ciò che da tutti si diceva in generale, aggiungeva che talora tali restringimenti passano inosservati, ed è soltanto al caso che si deve di aver potuto accorgersene, e di essere stati in grado di fare la diagnosi. —

Dèspres che faceva esso pure una Lezione all' Ospedale Cochin di Parigi, nel 1877, su questo soggetto, faceva osservare — oltre ciò che dicevano gli altri Autori — che il carattere speciale per riconoscere i restringimenti congeniti, era che essi non hanno cicatrice di sorta, e che la mucosa scivola sul punto ristretto, nel modo stesso che detta mucosa scivola sugli speroni formati dall' intestino crasso. —

In fatto sta che il restringimento congenito, se ha una sede variabile, il 60 per 100 risiede dai 2 ai 3 centimetri d'altezza, al di sopra dell' ano. Infatti Reynier cita 7 casi di restringimenti congeniti del retto, dei quali quattro erano fra i 2 ed i 3 centimetri dall' ano, uno ad 8 centimetri, uno alla porzione media del retto, uno all' unione del terzo superiore col terzo medio del retto stesso. — Il più delle volte è unico: è solo raramente che se ne riscontrano due. — La forma è varia; od è un diafragma, od una semiluna, od una briglia: ma in tutti i modi è sottile molto. — Le pareti del retto sono lisce, hanno perduta la loro consistenza normale, ma pur nulladimeno non presentano rugosità, od ineguaglianze di sorta. — Non è stato detto nulla di certo sull' ulcerazione che è stato constatato avvenire al di sopra del restringimento; ma come osserva benissimo Reynier, non dev' essere difficile che esista, una volta che nel primo caso da lui osservato vi era scolo purulento. — Ciò voleva dire che vi era una superficie suppurante. — Anche

(1). GIRALDÈS — Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques. Tome Deuxième. — Paris, 1865. Pag. 611.

(2). LE-DENTU — Gazette des Hôpitaux. 1876.

Reynier fa osservare, alla pari del Le-Dentu, che i sintomi sono talora tanto lenti a sopraggiungere, che qualche volta passano inosservati. —

Uno dei caratteri speciali, e che è veramente essenziale per i restringimenti valvolari congeniti è quello che a differenza degli altri, una volta inciso, non si riproduce più, o rarissimamente; e ciò perchè le pareti del retto non prendono parte al restringimento, essendo questo una semplice ripiegatura della mucosa. Negli altri restringimenti, invece, vi entra a far parte un tessuto fibroso cicatriziale-inodulare, che tende sempre a retrarsi. — Se la regola è che i restringimenti congeniti valvolari non si riproducono, si danno però dei casi nei quali il restringimento, sebbene inciso, si riproduce; ed è quando restano dei lacerti di valvola. Da quì la regola che una volta inciso il restringimento conviene fare la dilatazione con degli stuelli voluminosi.

I restringimenti valvolari congeniti possono bensì essere confusi con altri restringimenti valvolari, e non congeniti. — Tra questi potrebbero annoverarsi i restringimenti muscolari, stati descritti da Verneuil e da Panas, che si producono allora quando le fibre muscolari s'ipertrofizzano a causa di sforzi, quando la defecazione sia difficultata, o per un restringimento anale o per un restringimento del retto. Questi restringimenti non sarebbero altro che delle ipertrofie parziali delle fibre circolari dell'intestino; ma appunto perchè costituiti dalle fibre muscolari, anzichè da una semplice ripiegatura della mucosa — come quegli congeniti — sono più spessi, hanno maggiori rapporti di contiguità con le pareti del retto.

Se il restringimento valvolare-congenito non dà segni di esistere per un certo tempo della vita, si è perchè è sottile, tanto che sembra una ripiegatura della mucosa, come altre vene sono nell'intestino; è soltanto in seguito che uno si accorge del restringimento per la presenza di gravi disturbi, perchè a poco a poco la valvola va acquistando maggior volume e si addensa.

Una questione importante a risolversi è quella del modo col quale si producono questi restringimenti valvolari-congeniti. — Dubreuil, citato da Reynier nella sua Memoria, crede che la formazione di questi restringimenti sia collegata all'esi-

stenza delle ripiegature mucose trasversali che si trovano nel retto, e che furono descritte fino da Honston col nome di valvole: il restringimento potrebbe essere determinato da irritazione.

In generale si crede che la produzione loro sia tutta dipendente da una causa embriogenetica: avverrebbe che se l'addossamento dei due cul di sacco viene distrutto a causa dello assorbimento interstiziale, si ha continuità là dove termina la cavità del retto. — Ma se per lo contrario l'assorbimento non ha luogo affatto, si ha la produzione di un setto ad 1 centimetro o 2 al di sopra dell'ano; se avviene solo incompletamente si ha la formazione di un restringimento o ad imene od a valvola. Questa del resto sarebbe la conclusione data dal Reynier ed accettata dal Dèspres. —

In tal modo, dice il Reynier, dovrebbero considerarsi come restringimenti congeniti quelli che hanno sede molto in alto, e variabile, e che sono dovuti a delle trasformazioni di ripiegature mucose trasversali, quali le ha il retto nei casi normali: e quelli che hanno sede fissa a 2 o 3 centimetri dall'ano, al di sotto dell'estremità inferiore della prostrata nell'uomo, all'unione della porzione sfinterica e della porzione ampollare del retto, e che sono cagionati da arresto di sviluppo.

Per i restringimenti valvolari-congeniti, è un fatto che per quanto si procuri con la dilatazione di guarirli non si avrà mai che leggero miglioramento; e ciò perchè la valvola resta sempre. Convienne inciderli. Ed anzi a questo proposito debbo avvertire fino da ora che Bènoit propose uno strumento composto di due pezzi che si articolano, e che devono mortificare la valvola stringendola. — Anche il Prof. Richet farebbe nel modo stesso. Ma confesso il vero, preferisco di tagliare e lacerare fino a tanto che la valvola non è tutta incisa. —

Intanto, per concludere, che cosa sono questi restringimenti congeniti? Non sono altro che dei vizj di conformazione, degli arresti di sviluppo, alla pari di un'atresia anale, di una mancanza del retto. Il restringimento congenito completo non è che un'atresia completa; non è che una porzione del retto, rappresentata da cellulare; è una delle forme di atresia, che non era il compito mio di trattare e me ne passo, tanto più vo-

lentieri, che solo ad accennare l'argomento vi sarebbe di che perdere troppo tempo. I veri e proprj restringimenti congeniti sono le atresie incomplete, che possono prendere due forme o di una valvola, od invece di un setto il quale restringe il calibro intero dell'intestino, come farebbe un restringimento cilindrico, e perciò li chiamo volentieri cilindrici per distinguerli dai valvolari. È sempre però, sia l'una che l'altra forma, una causa unica che li produce. Voglio dire: un arresto di sviluppo.

La mancanza del retto e dell'ano sarebbe il vizio di conformazione il più grave nella scala di tal genere di difetti. La produzione di questo dipenderebbe dal non incontrarsi affatto l'intestino con quel cul di sacco che avrebbe dovuto formarsi al perineo, cominciando da una depressione, e costituire l'ano. Il restringimento congenito del retto completo, od atresia rettale sarebbe quando l'ano si è prodotto, ma manca l'innesto fra ano ed intestino. — Se poi questo incontro, questo innesto difetta solo parzialmente, ecco allora che si produce il restringimento congenito, sia che prenda la forma di una valvola o di un setto. — In generale è una valvola; ed è per questo che dai più si dice che il restringimento congenito è sempre valvolare: io vi aggiungo anche il cilindrico, perchè non posso adattarmi a considerare come semplice valvola un setto, che per quanto costituito da semplice ripiegatura della mucosa mi occlude tutto il lume intestinale, e mi lascia solo un pertugio più o meno grande. Quello è un setto, e non una valvola.

VIII.

DEI RESTRINGIMENTI SPASMODICI DEL RETTO.

Convienne cominciare ora a studiare quella gran classe dei restringimenti, che si dicono acquisiti; e per primi, fra questi, quelli per spasmo. A vero dire qualcuno li ha negati in mo-

do assoluto; qualche altro ha ammesso che esistono, ma ha loro negato l'appellativo di restringimento, una volta che la loro esistenza è solo temporaria.

Confesso il vero che per me non è questa una ragione sufficiente. È un fatto che esiste talora questo tenesmo tanto forte, che impedisce alle materie fecali di uscire, che fa ostacolo al dito d'introdursi nel retto. — Vi è un restringimento. Che questo restringimento poi cessi, quando cessa quella qualunque causa che lo ha prodotto, senza lasciar traccia di sè, poco me ne curo. Mi basta di accertare due cose: e cioè che talora per una contrazione molto forte del retto, la funzionalità di questo è impedita, e che tale stato di cose può perdurare per un tempo più o meno lungo, perchè abbia io il diritto di credere che esiste un restringimento, e che in un modo od in un altro debbo intervenire per affrettarne la risoluzione.

Siamo quì nelle medesime condizioni che per l'esofago e per l'uretra. È indubitato che qualche volta non è possibile al Chirurgo il più esperto di passare con una sonda in vescica; ed è pure certo che basterà di poterlo vincere una sola volta quest'ostacolo, perchè tutto scompaja. È indubitato che ad una necroscopia non si troverà mai traccia di restringimento. Pur nonostante la massima parte dei Clinici sono d'accordo per ammettere che quello era un caso di restringimento spasmodico. Non vi è ragione di sorta che si debba rifiutare di accettare questo dato restringimento spasmodico pel retto, una volta che si accorda per l'uretra e per l'esofago; una volta che anco per il retto ci possiamo trovare nelle identiche condizioni di avere diminuito il calibro dell'intestino per uno spasmo.

Gli Autori non parlano di questa forma di restringimento; e tutt'al più accennano alla possibilità che questo spasmo è capace d'ingannare il Chirurgo, che può credere di avere che fare con un restringimento, mentre non è. —

È verissimo che tale forma di restringimento è rarissima; e che quando si ha, è quasi sempre accompagnato da contrattura dello sfintere.

Sarebbe difficile andare a rintracciare la patogenia di questi restringimenti spasmodici del retto; tanto più che sono

sempre la conseguenza di altra alterazione morbosa, o del retto o di qualche altro organo limitrofo, come l'uretra, la vescica.

Il restringimento spasmodico del retto non è altro che una nevralgia rettale — Si produce irregolarmente: ed ha di caratteristico, a differenza degli altri restringimenti, che mentre in quelli il dolore accompagna la defecazione, in questi invece il dolore precede e segue; ma mai, e poi mai l'accompagna.

Non bisogna confondere l'esistenza del dolore durante la defecazione, attribuendola al restringimento; quando invece è dovuta il più delle volte ad una ragade anale, che è forse la causa della nevralgia.

Il dolore speciale che provano gli individui affetti da restringimento spasmodico del retto, è una sensazione di bruciore violentissimo, e nel tempo stesso un'altra sensazione: come se qualcosa stringesse molto forte non solo il retto, ma pure gli organi contenuti nel piccolo, ed anche grande bacino. — Vi è poi volontà continua di evacuare, e come un senso di ripienezza dell'intestino, sebbene quello sia stato vuotato di poco. —

Come conseguenza di questa contrazione spasmodica avviene una costipazione assai persistente; che ha per effetto di aumentare in quantità ed in gravità gli accessi nevralgici. —

È certo che anche la costipazione stessa può essere la causa dello spasmo, e ciò perchè il bolo fecale che è costretto a restare per molto tempo nell'intestino diviene tanto duro e voluminoso da irritare; e poi può essere esso stesso, al momento dell'uscita, causa di ragadi, che portano dei dolori nevralgici violenti. —

È indubitato che sono gli individui nervosi che vanno sottoposti a questa forma di restringimento, come benissimo fa rilevare Chassaignac (1) in un suo Articolo sulle Ragadi e Nevralgie dell'ano. — Casi di simili restringimenti ne furono os-

(1). CHASSAIGNAC — *Dictionnaire Encyclopedique des Sciences Médicales*. — Première Série. Tome Cinquième. — Paris. 1870. Pag. 459.

servati; e basti citare Baillie (1), White (2), Basedow (3), Begin (4), Louvet-Lamarre (5), Duroutge (6), Anderson (7), Bernet (8), Huenemann (9), Campaignac (10), Gosselin (11). —

La ragione di questi restringimenti spasmodici sta in una contrattura nevralgica del retto: bisogna però dire, che se è vero che tale contrattura esiste, e per conseguenza non vi è ragione per non ammettere il restringimento, questo è sempre secondario, consecutivo ad una altra malattia. — Ed infatti coesiste od una malattia qualunque dell'ano, o del retto, o di un organo vicino.

(1). BAILLIE — *Upon a Case of Stricture of the Rectum produced by a Spasmodic Contraction of the External and Internal Sphincter of the Anus.* — Med: Transact. by the Coll. of Phys. in London. — London 1815.

(2). WHITE — *Observat: on Stricture of the Rectum and other Affections, including Spasmodic Constriction of the Anus.* — Bath. 1809.

(3). BASEDOW — *Ueber die Strictura Ani spastica. Boyer's Fissure a l'anus.* — Journal der Chirurgie. T: VII. 1825. pag. 125.

(4). BEGIN — *Observations relatives aux fissures à l'anus et aux contractions du Rectum.* — Recueil de memoires de Médecine et Chirurgie militaire. 1. Serie. T. XVIII. 1826. pag. 254.

(5). LOUVET-LAMARRÉ — *Constriction spasmodique du sphincter de l'anus, guérie par l'emploi simultanée de méches de charpie et de préparations de belladonne.* — Nouv: bibl: Médecine T: II. 1827. pag. 389.

(6). DUROUTGE — *Dissertation sur la constriction spasmodique du sphincter de l'anus, accompagnée de fissure.* — Thèse de Strasbourg. N.º 916. 1829.

(7). ANDERSON — *On the submucous Section of the Sphincter ani; for spasmodic Constriction with Anal Fissure.* — The Lancet T: II. 1849. pag. 291.

(8). BERNET — *De la contracture du sphincter de l'anus avec fissure, et de son traitement.* — Thèse de Paris N.º 8. 1850.

(9). HUENEMANN — *De la constipation compliquée de contracture du sphincter anal, et de son traitement par la dilatation de l'anus.* — Thèse de Paris. N.º 167. 1851.

(10). CAMPAIGNAC — *De la valeur de la dilatation forcée comme traitement de la contraction anale.* — Bulletin de Thérapeutique. Tome XLII. 1852. Pag. 64.

(11). GOSSELIN — *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.* — Tome Deuxième. — Paris, 1865. Pag. 682.

Lo spasmo, e quindi la contrattura rettale, si ha insieme alla contrattura sfinterica quando vi è una ragade all' ano ; si ha contrattura rettale quando vi è una cistite, una uretrite prostatica, una metrite. — È una contrattura questa puramente d' origine nervosa. — Ma vi è anche un' altra contrattura, che si produce indubbiamente nel retto, ed è quando vi è una rettite. Sono è vero delle rettiti che spesso danno luogo a restringimenti rettali per degli essudati che si depositano tra le membrane che costituiscono l'intestino; ma talvolta quando vi è una rettite acuta, o quando il retto tutto è irritato per dei pacchetti emorroidarj infiammati, prima ancora che vi sieno essudati, per dato e fatto soltanto dell'elemento irritativo il retto è costretto a contrarsi spasmodicamente, ed allora può aversi un restringimento giust' appunto spasmodico, che non avrà bisogno per guarire che della cessazione della causa che lo ha prodotto.

Ho rammentato le ragadi all' ano, ho parlato di malattie di vescica, di uretra, ho accennato alle rettiti, come tante cause che possono produrre la contrattura del retto. — Ma posso dire in una parola sola che la nevralgia si produce con la massima facilità ogni qual volta vi è denudazione epidermica all' ano: per poco che persista, o che si aggravi questa nevralgia, si produrrà una contrattura ed un restringimento. —

Con tutto questo non voglio dire affatto che non vi sieno casi di restringimenti spasmodici idiopatici. — Pur troppo qualche volta esiste la nevralgia, esiste la contrattura, e per quante esatte e minute ricerche si facciano, non è possibile trovare lesione veruna che indichi esservi una di quelle date alterazioni morbose che ho detto essere capaci di produrre lo spasmo. In tal caso conviene ammettere, come dice anche il Gosselin, una nevralgia idiopatica. — Nessuno però garantirebbe, per quanto diligenti sieno stati gli esami, che non sia sfuggita all'osservatore una piccolissima ragade nascosta fra le tante ripiegature dell' ano. —

Una specialità dei restringimenti per contrattura è che spesso basta qualche sedativo per calmarli da prima, per guarirli completamente dopo poco. Se questi non bastano, la dilatazione forzata il più delle volte è sufficiente, senza ricorrere a dei mez-

zi violentissimi e cruenti — In ogni modo conviene combattere la causa: e siccome spesso è una ragade, bisogna cercarla, e distruggerla. —

A me è capitato nella mia pratica un caso che non ho difficoltà di caratterizzare per contrattura rettale, cioè per restringimento spasmodico. —

« Fu nel 1876 che venni chiamato a visitare la Signora P...
 « C... nei G... di quasi 38 anni. Aveva avuta una figlia circa 10
 « anni innanzi. Era da qualche tempo che era triste, mangiava
 « poco; era sospettosa. Aveva tutti i sintomi di una melancolia;
 « tanto che dopo poche settimane dovei provvedere a che venisse
 « ricoverata nel nostro Manicomio. Del resto questo fatto non
 « era nuovo in famiglia; e contemporaneamente alla mia cliente
 « vi era in quello Stabilimento anche un suo fratello — Quando
 « io venni chiamato a visitare la Signora G... fu perchè da quasi
 « 15 giorni non aveva avuta alcuna evacuazione e provava con-
 « tinua volontà di defecare, con senso di ripienezza e di peso a
 « tutto il perineo. — Ho detto che da quasi 15 giorni non aveva
 « evacuazioni, perchè davvero non potevano chiamarsi tali pochi
 « schizzi di materia liquida, che dopo grandi sforzi usciva fuori.
 « Naturalmente fui chiamato dopo che la famiglia aveva esauriti
 « tutti quei mezzi che sono nella pratica comune: era stata tor-
 « mentata da tentativi di clisteri, disgustata con purgativi, fra i
 « quali primo l'olio di ricino. Mi sono servito della parola ten-
 « tativi di clisteri, a bella posta, perchè un clistere non fu mai
 « potuto fare, giacchè non erano riusciti ad introdurre, che per
 « mezzo centimetro, un piccolo cannellino da bambini di una
 « macchinetta da lavativi, ed il liquido era stato sempre respinto
 « fuori. — Arrivato che fui e visitatala accuratamente non trovai
 « alterazione veruna all'ano. Soltanto il mio dito mignolo non po-
 « teva passare lo sfintere anale che a stento, e vi rimaneva serrato
 « fortemente. — Non convinto, volli provare un clistere ancora
 « io; e mi riuscì lo stesso giuoco che era avvenuto sempre alla
 « famiglia. Decisi allora di fare un'iniezione sedativa; si calmò
 « lo spasmo per poco: ma all'introduzione di un dito, del can-
 « nello del sifone, nuova contrattura fortissima. — Stabili di fare
 « la dilatazione forzata; ma la malata si rifiutò decisamente. Se
 « non che il giorno dopo stretta dalle sofferenze, si piegò dinanzi

« alla necessità, e mi lasciò fare. Introdussi con grande stento,
 « ed a poco a poco, e facendogli fare dei movimenti di rotazione
 « e di va e vieni, il mio dito indice ; questo era completamente
 « abbracciato e stretto ; al disopra del polpastrello sentivo sem-
 « pre dell'intestino contratto, e poi qualche cosa di pastoso, che
 « erano materie fecali. Introdotto tutto il dito, feci dei movi-
 « menti laterali, e procurai che mi servisse quello come di un-
 « cino, nel tempo che cercavo d'introdurre anche il dito indice
 « della mano sinistra. Raggiunto lo scopo piegai le due dita, co-
 « me ad uncino, e cominciai a divaricare le dita, fino a tanto che
 « non mi riuscì di vincere tutta la resistenza che mi facevano
 « sfintere e porzione inferiore del retto. Continuai dei movimenti
 « di rotazione per ogni senso, sino al punto che accertatomi che
 « avevo ottenuto una certa dilatazione, cavato fuori l'indice si-
 « nistro, introdussi il medio destro, e con le due dita — indice e
 « medio — procurai di raggiungere le feccie, e di romperle, essendo
 « ridotte ad una massa dura e compattissima. Amministrai su-
 « bito dopo un clistere abbondantemente oleoso, con lo scopo
 « che questo servisse di veicolo alle materie fecali. — Furono
 « varie scariche alvine abbondantissime, e non accompagnate, nè
 « seguite da dolore, che indicarono che la contrattura era stata
 « vinta, e che non vi era altro da fare.

« In questo caso per me non vi erano ragadi ; non le vidi,
 « e poi credo che non si sarebbe ottenuto, con la dilatazione for-
 « zata, una tanto rapida guarigione. — Mi pare di non andare
 « errato nell'ammettere che in questa donna, nervosa quanto
 « mai, isterica all'eccesso, si avesse costipazione intestinale di-
 « pendente dalle condizioni generali — Infatti non è difficile a-
 « vere costipazione negli alienati ; e la Signora G... dopo 15 giorni
 « era al Manicomio, ove restò per moltissimi mesi. — Fu questa
 « che in lei, tanto suscettibile e tanto nervosa, destò lo spasmo
 « e quella contrazione, che per me non era altro che un restrin-
 « gimento spasmodico. «

Per terminare, domanderei un po' come chiamerebbero, co-
 loro che non ammettono i restringimenti spasmodici, quelle con-
 tratture che diminuiscono il calibro intestinale, e non permet-
 tono il passaggio di un dito ? Semplicemente contrattura, e non
 restringimento, perchè il restringimento non è permanente ? È

quistione di parole, e non di fatti. — È vero che, ad esempio nel caso mio ed in tutti i casi consimili, non vi era permanente diminuzione di calibro dell'intestino; che nei momenti di quiete, questo non avrebbe dovuto opporsi al passaggio di un dito: ma a buon conto un nonnulla bastava a riprodurmi gli stessi fenomeni. Mi adatterò, concludendo, a rifiutare di ammettere i restringimenti spasmodici, quando avrò ragione di non essere d'accordo con quei Clinici, che mi ammettono il restringimento spasmodico dell'uretra anche in quei casi, nei quali poco innanzi non era possibile passare — a causa del contrarsi di quel canale — e scorsi pochi momenti la più voluminosa siringa, e con la massima facilità, può arrivare in vescica.

Sono tutti e due, ugualmente, casi di restringimenti spasmodici.

IX.

DEI RESTRINGIMENTI IPERPLASTICI DEL RETTO.

I restringimenti iperplastici possono essere il risultato dell'inflammazione o della sifilide. — È uno studio importante questo; e per quello che concerne i restringimenti per sifilide del tutto nuovo, e nel quale non mi troverò d'accordo con una gran parte dei patologi e degli scrittori di quest'argomento. —

I restringimenti dovuti ad inflammatione, e dei quali debbo tenere qui parola, non sono certamente quelli spasmodici dovuti pure ad inflammatione. Mentre in quegli spasmodici il restringimento è cagionato dall'irritazione, in questi il restringimento è la conseguenza, il risultato dell'inflammazione vera e propria.

Dicendo che i restringimenti sono il risultato dell'inflammazione, è detto pur'anco che causa di un restringimento è qualunque causa capace di produrre una rettite. —

Quando la rettite è acuta, è ammalata semplicemente la

muccosa, che si presenta con i caratteri di tutte le mucose infiammate; ma se la rettite diviene cronica, allora vengono interessati ancora i tessuti tutti sottostanti, e la tunica muscolare ed il tessuto cellulare divengono infiltrati, inspessiti, induriti e presentano un aspetto lardaceo, una volta che vengano divisi.

Ho già detto in altro punto di questa Memoria, che vi è anche una rettite che si produce con delle ulcerazioni al di sopra del restringimento per dato e fatto delle costipazione, conseguenza del restringimento stesso. Non conviene confondere quest' infiammazione, effetto, con quella che n' è causa.

Parlando quì dell' infiammazione del retto cade in acconcio di ricordare in qualche modo anche la blenorragia rettale, da alcuni negata e da altri ammessa, e che non sarebbe altro che una rettite specifica. In ogni modo è un fatto che esiste, giacchè, sebbene raramente, pur l'hanno osservata Requin (1), Gosselin (2), Tardieu (3), ed altri. Constatato il fatto della blenorragia, non vi è motivo per negare la possibilità che il restringimento sia il risultato di una infiammazione specifica, anzichè semplice. —

Come si produce allora un restringimento, per dato e fatto di un' infiammazione? Una rettite acuta per il solito con facilità si risolve: non così è per la forma blenorragica, che è più grave, e meno facilmente risolvibile. — Ma quando la flogosi diviene cronica, e si estende ai tessuti sottostanti, e cioè, come ho detto, alla tunica muscolare od al cellulare sotto-cutaneo, allora avviene che può dare luogo ad una rettite parenchimatosa. — È questa, che cagionando l' ipertrofia delle tuniche muscolari produce il restringimento.

Una delle ragioni che il restringimento del retto è raramente solo, ma il più spesso accompagnato da qualche altra affezione, come ulcerazioni e fistole, è appunto che a causa di

(1). REQUIN — *Elements de Pathologie Médicale*. Tome, I. Pag. 727. 1843.

(2). GOSSELIN — *Rétrécissements syphilitiques du Rectum*. — *Archives générales de Médecine*. 1854. Tome 2. Pag. 683.

(3). TARDIEU — *Etudes medico-legales sur les attentats aux mœurs*. — 1862. pag 179.

questa rettite parenchimatosa che non si risolve, si producono degli ascessi, dei flemmoni, che poi danno luogo alle fistole ed alle ulcerazioni.

Nella proctite cronica si ha la secrezione di un' essudato, e l'ipertrofia della tunica muscolare. È indubitato che questi due elementi da soli bastano a formare il restringimento. L'ipertrofia della tunica muscolare progredisce continuamente, ed è accompagnata pure da ipertrofia del tessuto cellulare, ed allora il retto si restringe, le pareti si inspessiscono o si induriscono.

Rokitansky (1) nella sua Anatomia Patologica dice che il catarro blenorragico, o si estende uniformemente nel retto, o si manifesta un focolaio infiammatorio circoscritto; nel primo caso ha per conseguenza un raggrinzimento del retto con disseccamento graduato della mucosa, e nel secondo poi un' ispessimento circolare calloso delle membrane del retto che costituisce il restringimento.

In una parola è un lussureggiamento delle pareti rettali, che produce la stenosi.

Mi pare chiaramente dimostrato da tutto questo che una forma di restringimento è dovuto all' infiammazione e che questa produce il restringimento per dato e fatto dell'essudato interstiziale, dell' ipertrofia della tunica muscolare. È in una parola un restringimento iperplastico.

La seconda forma di restringimenti da riporsi in questa categoria, è il restringimento sifilitico. — Pur troppo mi accadrà, forza delle circostanze, d'invadere, nello studiare questo tema, il campo di un'altra categoria di restringimenti, e cioè i cicatriziali od atrofici.

Due sono coloro che maggiormente hanno discorso sui restringimenti prodotti da sifilide; e nessuno dei due si trova in accordo. Voglio dire di Gosselin e di Fournier. —

Gosselin (2) nel 1854, nella sua ormai tante volte ricordata

(1). ROKITANSKY — *Handbuch der pathologische Anatomie*. — Vol. III. Pag. 291.

(2). GOSSELIN — *Rétrécissements syphilitiques du Rectum*. — *Archives générales de Médecine*. — 1854. Tome II. Pag. 683.

Memoria sui Restringimenti Sifilitici del Retto sosteneva delle idee, che erano completamente in opposizione con quelle professate sino ad allora dai patologhi. È un'analisi dettagliatissima di questa Memoria che conviene fare; e bisogna che ne segua la critica del Fournier con le opinioni emesse da questo valente Sifilografo. —

Gosselin comincia dal fare scorgere la differenza di idee che vi è fra i varj patologhi; infatti Morgagni, Desault, Boyer, A. Berard, Maslieurat-Lagènard e Langier, Lagneau, Baumès e Vidal, sosterebbero che i restringimenti e gli indurimenti del retto sono un'espressione della sifilide costituzionale. — Tanchou, Duchadoz, Costallat, ammetterebbero il restringimento, unicamente come sintomo consecutivo della sifilide. In mezzo a queste contraddizioni, Gosselin avrebbe trovato di che fare un lavoro completamente nuovo.

I casi osservati da Gosselin sarebbero stati dodici, e tutti in donne: e avrebbero potuto nel Clinico della Charité fare emettere l'opinione: 1° che il restringimento non è altro che un accidente di una alterazione estesissima del retto; 2° che questa alterazione è unicamente locale, e non come viene creduto da molti, l'espressione della diatesi sifilitica.

In tre casi, sui dodici osservati da Gosselin, fu possibile fare l'autopsia: e fu riscontrato quanto segue: 1° Nell'ano dei condilomi, risultato di una speciale modificazione della vitalità dei tessuti, in vicinanza delle ulcere e per conseguenza non sarebbero che un sintomo locale, e niente affatto diatesico. — 2° Nella porzione sfinterica del retto, nelle parti media ed inferiore la mucosa molto rossa, coperta da pus, o da muco sanguinolento, rigonfiata e formata da rialzi a mammellone, grossi come dei piselli; delle cicatrici consecutive ad ulcerazioni, e delle aperture fistolose che vanno o alla vagina od al perineo, e che sarebbero gli orifizj profondi delle fistole che complicano in generale il restringimento del retto. Il restringimento sarebbe formato da del tessuto duro, inestensibile e si troverebbe 4 o 5 centimetri al di sopra dell'ano. Gosselin avrebbe pure osservato che, oltre il punto principale sede dell'indurimento e del restringimento, il retto avrebbe diminuito di calibro al di so-

pra del restringimento, con la differenza che non sarebbe stato menomamente alterato nella estensibilità, e nella sua sofficezza alla palpazione. I restringimenti avrebbero in generale un'altezza non maggiore di un centimetro; la forma di un'anello duro e denso, che si continuerebbe con la muccosa al di sopra ed al di sotto del restringimento, che sarebbe lievemente alterato; lo spessore di 5 a 10 millimetri: la struttura fibrosa, la muccosa più densa che per il consueto e confusa con il tessuto cellulare sotto-mucoso, a causa della trasformazione fibrosa subita in conseguenza del lavoro flogistico; lo strato muscolare leggermente ipertrofico, ma non indurito. 3° Nella porzione ampollare un' infiammazione suppurativa che sarebbe la causa dello scolo purulento; sulla superficie interna dell'intestino del rossore ed una iniezione capillare avanzatissime, ed una erosione molto estesa della muccosa, che consisterebbe in una distruzione dell'epitelio, e degli strati superficiali del derma e più specialmente del suo strato glandolare. Difatti Robin, consultato da Gosselin per esaminare al microscopio questa esulcerazione, avrebbe risposto: « La superficie esulcerata non presenta che « degli epiteli nucleati o nuclei liberi d'epitelio, con dei glo-
« buli di pus; non vi sono che delle rarissime cellule d'epitelio
« cilindrico, che non formano una membrana completa. Al di
« sotto si vede della materia amorfa e delle fibre di tessuto
« cellulare ed elastico; non vi sono quasi più glandole. » Gosselin in questa porzione d'intestino avrebbe inoltre osservato ipertrofia dello strato muscolare, specialmente delle fibre circolari, dovuta agli sforzi che convien fare per espellere le materie fecali. 4° Nella porzione superiore, o sopra ampollare, una iniezione vascolare poco abbondante e molto disseminata. —

Gosselin nella sua Memoria sostenerrebbe 1° che il restringimento e le lesioni consecutive del retto non sono dei sintomi costituzionali, come vengono creduti dagli Autori e dai Clinici, e ciò perchè: a) se questa etiologia fosse la vera, gli uomini andrebbero sottoposti al restringimento del retto alla pari delle donne; b) non si possono mettere queste alterazioni nel rango degli accidenti secondarj, in quanto non si possono rassomigliare tra loro per l'epoca di comparsa, per l'inspessimento ed

indurimento profondo dei tessuti, e specialmente per la lunga durata delle lesioni, e loro resistenza ai mezzi specifici; c) non si possono mettere tra gli accidenti terziarj, sebbene si avvicinino per l'ispessimento della muccosa, la sede dell'indurimento nel tessuto sotto-muccoso, perchè vi differiscono per l'epoca della loro apparizione e la struttura delle parti malate; d) si trova spessissimo il restringimento in donne che non ebbero mai manifestazioni costituzionali —: 2° che il restringimento e la rettite non possono essere delle manifestazioni primarie —: 3° che potrebbero essere le lesioni tutte conseguenza di una blenorragia rettale —: 4° che i restringimenti essendo indipendenti — e ciò per le osservazioni fatte — da malattie veneree, debbono appartenere ad una categoria di malattie sino ad ora mal definita e male indicata.

Infatti Gosselin emette l'opinione che si tratti di una forma di affezione sifilitica, non stata mai descritta dagli Autori, e che non sarebbe nè la manifestazione primitiva, nè la manifestazione costituzionale, ma una lesione locale di vicinanza, dovuta ad una modificazione tutta speciale della vitalità nei tessuti viziati dal virus ulceroso. —

Il restringimento rettale verrebbe in seguito ad una infiammazione completamente speciale, che si svilupperebbe in corrispondenza delle ulcere all'ano, risalirebbe al di sopra, e prenderebbe i caratteri già tante volte stati descritti. Questa flegmasia speciale che si produce in corrispondenza e al di sopra delle ulcere, avverrebbe di preferenza nelle persone delicate, linfatiche o scrofolose, e che sotto questo punto di vista, rassomiglierebbe al fagedenismo ed all'estiomene della vulva, che allora si vedono comparire sotto l'influenza d'identiche condizioni.

Le conclusioni che emette Gosselin in questa sua Memoria sono le seguenti, che mi sembra convenientissimo riprodurre testualmente: —

1.° Il restringimento, detto sifilitico del retto, non è una manifestazione costituzionale, ma una lesione di vicinanza sviluppatasi al disopra delle ulcere anali; 2.° È poco lontano dall'apertura anale, e si accompagna, per lo più, con dei condilomi, e con suppurazione intra-rettale; 3.° Al di sopra, vi è

frequentemente un' ulcerazione estesa della mucosa, che contribuisce alla gravità della malattia; 4.°, Il trattamento specifico è insufficiente e può essere ancora dannoso. Il trattamento chirurgico, con la dilatazione e le incisioni, è il migliore; ma il più spesso è palliativo piuttosto che curativo, e deve essere adoprato tante volte quante il restringimento si produce.

Aveva fatto Gosselin questo Articolo, e molti si erano schierati a difendere, altri a combattere queste teorie. Ma quegli che più di ogni altro cercò più tardi di spezzare una lancia contro le idee del Gosselin fu il Fournier (1), il quale approfittò della circostanza di fare un corso allo Spedale di Lourcine per trattare della sifilide terziaria, e cogliere il destro di discutere pur' anco la patogenia dei restringimenti del retto. —

Fournier divide le lesioni terziarie del retto in sifilidi ulcerose, in sifilidi gommose, in sifiloma ano-rettale.

Le sifilidi ulcerose si osserverebbero il più spesso circoscritte alla porzione inferiore del retto, e non sarebbero che la continuazione intra-rettale di ulcerazioni della medesima natura sviluppate intorno l' ano: oppure raramente anche indipendentemente all' ulcerazione anale.

Le sifilidi gommose sarebbero rare anch' esse; e tanto, che da qualcheduno vengono sin' anco negate. —

Il sifiloma ano-rettale, stato descritto per il primo da Fournier, sarebbe: « un' infiltrazione delle pareti ano-rettali per un « neoplasma ancora indeterminato come struttura iniziale, ma suscettibile di degenerare in un tessuto fibroso retrattile, e così « di costituire delle coartazioni intestinali più o meno estese » Questa sarebbe essenzialmente la causa del vero restringimento sifilitico del retto.

Il nome datogli da Fournier di sifiloma ano-rettale, verrebbe ad indicare e nel tempo stesso affermare l' essenza sifilitica della lesione, senza pregiudicare in nulla la costituzione istologica della alterazione.

(1). FOURNIER — *Leçons sur la Syphilis tertiaire.* — Paris, 1876. Pag. 157.

Al retto, questa lesione si estrinsecherebbe mercè una modificazione sopraggiunta nello stato anatomico delle tuniche intestinali, e costituita da uno inspessimento rigido delle pareti rettali. — Nel tempo stesso la muccosa rettale non è la sede di veruna cicatrice, di alcuna briglia, di nessuna depressione inodulare; e tampoco nel momento non presenta ulcerazione di sorta. In generale è la porzione inferiore del retto, esclusivamente, che è affètta da questo neoplasma — ed in special modo la porzione ampollare; la sua estensione è di circa 2 o 3 centimetri, ed occupa il retto in tutta la sua circonferenza, costituendo in tal modo un cilindro. Il retto perde anche la sua elasticità e dilatabilità. — A questo punto però il restringimento non si è ancora formato; ed il retto è semplicemente meno largo e meno dilatabile, la funzionalità è buona, e soltanto vi è dell'indolenza, e dipende da questo che nè il malato, nè il medico, possono prestare tutta la necessaria attenzione a questo periodo. Come dice Fournier: « Gli elementi sono già « preparati, e depositati nelle pareti rettali, e non debbono che « svilupparsi; il restringimento è in germe, e non gli manca che « di costituirsi, a meno che l'arte non intervenga in tempo. » —

Non è difficile che il sifiloma occupi ancora l'ano; ed in tal caso le differenze che si notano non sarebbero dovute che alla sede: inquanto che a causa delle ripiegature anali si segmenta in infiltrazioni parziali lobulari, che si presenterebbero in corrispondenza dell'orifizio anale come tanti piccoli tumoretti, apparentemente indipendenti, liberi nel loro apice, ma uniti per la base, che sarebbe la muccosa anale; si tratterebbe di condilomi.

L'invasione del sifiloma rettale anche all'ano e talvolta pure alla regione perineale, non è difficile; ed in tal caso vi è uno stato iperplastico di tutta la regione ano-rettale.

Una volta che la lesione è avvenuta, e viene curata presto, può guarire o migliorare; oppure se non interviene l'arte, continua, procede oltre, degenera, diviene fibroso e si retrae, in grazia della tendenza che ha il tessuto fibroso morboso a ritornare sempre su se stesso. — È appunto in questo momento che si ha diminuzione di calibro dell'intestino, e la comparsa

di tutti i fenomeni dipendenti dall'esistenza di un restringimento rettale. È il sifiloma che è degenerato in restringimento rettale.

Fournier stesso dice che il sifiloma ano-rettale non è conosciuto dal lato anatomico che molto incompletamente. Si sa che ad un periodo avanzato non è altro che una trasformazione fibrosa delle pareti rettali, una vera e propria sclerosi, un ispessimento, infiltrazione e retrazione delle diverse tuniche intestinali. — Nei periodi antecedenti non è conosciuto, e solo per analogia è logico di credere che si abbiano le stesse alterazioni, i medesimi disturbi che si producono in tutti i visceri presi da sifilide, e voglio dire una iperplasia congiuntivale, la quale abbandonata a se stessa nel suo periodo di evoluzione si trasforma consecutivamente in una produzione fibrosa. — In tal modo ne verrebbe che il sifiloma ano-rettale comincerebbe da una rettite iperplastica, che più tardi si trasformerebbe in una rettite-fibro-sclerosa, che alla sua volta diverrebbe l'origine del restringimento.

Il Fournier, dopo di avere dettagliatamente illustrata questa sua opinione sul sifiloma ano-rettale, intraprende con accuratezza lo studio dei restringimenti del retto, conosciuti fino ad ora comunemente col nome di sifilitici. — In realtà è la patogenia che interessa a me più che altro di studiare qui, ed è giust'appunto della patogenia che si occupa il Fournier con attenzione speciale, emettendo delle idee tutte nuove ed in contraddizione con quelle state professate dai varj patologhi e proclamate dal Gosselin. —

Sulla patogenia dei restringimenti abbiamo varie opinioni dinanzi a noi. Alcuni non ammetterebbero il restringimento del retto così detto sifilitico, ma bensì quello venereo, oppure quello derivante da un trauma, da un' infiammazione del retto, e più specialmente una blenorragia, un' ulcera, un' eccitazione venerea contro natura. Altri invece ammettono il restringimento sifilitico come un' entità morbosa vera e propria, ed in tal modo da annoverarsi fra le manifestazioni specifiche.

Però, anche coloro che credono alla specificità di una data classe di restringimenti, non sono concordi in tutto, e tre spe-

cialmente sono le opinioni che vengono professate. — La prima è quella del Gosselin, già stata da me esposta poco sopra, e che si riassume in questo: che cioè il restringimento sarebbe conseguenza della sifilide, ma indirettamente, e come dice l'Autore nella sua Memoria: « una modificazione tutta speciale « della vitalità dei tessuti contaminati per il virus ulceroso. » Ma Fournier obietta a quest'idea del Gosselin che modificazione di vitalità non è altro che un'interpretazione ipotetica; perchè non si verificherebbe in nessun'altra parte, e perchè sarebbe oltremodo straordinario che non si producesse in corrispondenza dell'ulcera stessa, anzichè al di là; inquantochè mentre l'ulcera sarebbe all'ano, il restringimento si formerebbe nel retto.

La seconda opinione è questa: che il restringimento sarebbe sifilitico solo come una conseguenza cicatriziale ed infiammatoria delle ulcerazioni specifiche dell'intestino, e non si svilupperebbe altro che per il fatto delle cicatrici consecutive a lesioni ulcerose rettali, e di una flegmasia sintomatica di queste lesioni.

La terza opinione consisterebbe nell'ammettere che il restringimento non sarebbe altro che una manifestazione della sifilide, e cioè il risultato di una lesione sifilitica che interesserebbe le pareti rettali: in una parola avremmo a che fare con il sifiloma ano-rettale.

Naturalmente è quest'ultima l'opinione vagheggiata dal Fournier; ma ammette come buona questa idea previe alcune riserve ed osservazioni. Fournier dice: i restringimenti non debbono, non possono essere prodotti da una sola causa; ma è bensì necessario che multiple sieno le cause che influiscono a che un restringimento avvenga, e così possono concorrervi tutte quelle che sono capaci di alterare, trasformare, distruggere ed infiltrare tessuti.

Ammesse queste idee generali, ne viene di conseguenza che il restringimento può essere dipendente: o da ulcerazioni rettali, che sarebbero sifilidi ulcerose cicatrizzate; oppure da infiltrazioni rettali iperplastiche, cioè il sifiloma ano-rettale, senza ulcerazioni primitive; in quest'ultimo caso le pareti del retto

sarebbero la sede di una infiltrazione iperplastica, le tuniche diverrebbero inspessite e rigide, non vi sarebbe ulcerazione di sorta; l'iperplasia aumentando, diminuirebbe sempre più il calibro del canale rettale.

Queste le idee del Fournier, che mi sembra sieno le più vere. — Gosselin non aveva fatto altro che confondere un' effetto con una causa; aveva riscontrata l'ulcerazione del retto al di sopra del restringimento; ed aveva creduto che questa fosse la causa produttrice il restringimento, e non aveva riflettuto che ne era la conseguenza.

Il Gosselin non si dette però per vinto con le osservazioni fattegli dal Fournier: che anzi non gli parve nemmeno giusto di ammettere il sifiloma ano-rettale, studiato e descritto dal suo contraddittore. Il Gosselin (1) in due delle sue Lezioni Cliniche fatte all'Ospedale della Charité a Parigi, approfittando dell'occasione di dovere illustrare i restringimenti del retto, tornò a combattere in favore delle sue idee, ed a discutere le opinioni del Fournier. Gosselin sostiene sempre la sua teoria, che la rettite è consecutiva [all'ulcera, è un'inflammazione locale o di vicinanza, che prende dei caratteri speciali, tanto più che Fournier con le sue idee di iperplasia e di neoplasia rettali si allontanerebbe moltissimo dalle nozioni di sifilografia, ormai classicamente accettate da tutti. Dal ragionamento di Fournier, dice il Clinico della Charité, ne verrebbe di conseguenza che converrebbe ammettere un accidente terziario precoce in vicinanza di una manifestazione primitiva, e spesso senz'altra manifestazione di sifilide costituzionale; invece in fatto sta che la rettite arriva contemporaneamente all'esistenza dell'ulcera.

È un'ipotesi contro un'altra ipotesi; questo è il fatto fondamentale, e vero; ma se è vero questo, è pur anco indiscutibile che il ragionamento del Gosselin non ha per guida i precetti fundamentalissimi e accettati da tutti in sifilografia; mentre non è così per l'ipotesi del Fournier.

Cosa si pensa dai più dell'idea del Fournier? Il Dott. Ga-

(1). GOSSELIN — *Clinique Chirurgicale de l'Hôpital de la Charité* — Paris; 1879. Tome III. Pag. 684.

lassi (1) in una Rivista che faceva di questo lavoro del Fournier nel Giornale delle Malattie Veneree e della Pelle, diretto dal Soresina, si palesa completamente d'accordo coll'Autore della Memoria. — Probabilmente quella stessa è l'opinione del Prof. Gamberini, del quale il Galassi è l'Assistente.

Il Dott. Domenico Barduzzi (2) in un suo scritto sui restringimenti del retto, di natura sifilitica, non cita le lezioni del Fournier professate nel 1875. — Ammette tre classi di restringimento: la prima dipendente da ulcerazioni semplici, o per ulcere veneree, fagedeniche, od altre: la seconda da manifestazioni sifilitiche secondarie, come placche mucose; la terza da manifestazioni sifilitiche terziarie, cioè ulcere profonde, gomme che sarebbero caratteristiche di questo periodo tardivo della sifilide. — Su questa classazione del Barduzzi vi è molto da ridire. — Infatti la prima classe non ha ragione di essere: in quanto che quelli derivanti da ulcere o semplici o veneree, per quanto fagedeniche, non saranno mai restringimenti sifilitici, giacchè l'ulcera non è mai sifilitica in quei casi. — Saranno dei restringimenti per cicatrice. — I restringimenti dovuti poi a manifestazioni sifilitiche secondarie, cioè a placche mucose del retto, ammessi dal Dottore Barduzzi, saranno molto rari. Resta la terza classe, che è quella ammessa da tutti: con la differenza per il Fournier che si avrebbero quì giust' appunto le due classi, e cioè per sifilide ulcerativa, e per sifilide iperplastica, o sifiloma ano-rettale.

E qui mi cade in acconcio di formulare una quistione: — Un'ulcera sifilitica può dar luogo ad un restringimento del retto? Non so, se ne vengono citati degli esempj; ma io credo che sì; e molto più facilmente che dell'ulcera molle, perchè ha un'elemento di più il quale può contribuire alla formazione del restringimento. Infatti tanto l'ulcera venerea quanto quella sifilitica sappiamo che possono produrre una rettite; ma l'ulcera

(1). GALASSI — *Rivista Sifiliatrica*. — Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle. — Anno X. 1875. — Milano. Pag. 339.

(2). BARDUZZI DOMENICO — *Sui restringimenti del Retto, di natura sifilitica*. — Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle. Anno X. — Milano 1875. Pag. 32.

sifilitica ha di più che indurisce ed infiltra di per se stessa i tessuti circonvicini, ed è appunto quest'indurimento e quest'infiltrazione che potranno produrre il restringimento. Il Virchow (1) dice che l'indurimento dell'ulcera presenta gli stessi caratteri di una dermatite gommosa; ed i Baerensprung (2) è della medesima opinione. — In tal caso vi occorre l'inoculazione diretta; ed il restringimento credo che sarà facilmente guaribile, perchè indurimento ed infiltrazione, produttori del restringimento, a poco a poco scompariranno, come accade nelle altre mucose ove con molta maggiore frequenza si ha l'inoculazione di un'ulcera.

In ogni modo sarà molto difficile stabilire per questi restringimenti prodotti da un'ulcera sifilitica, in quale delle due categorie debbano riporsi, e cioè dei cicatriziali, o degli iperplastici. — Io credo e sostengo che si produrrà un restringimento del retto consecutivamente ad un'ulcera sifilitica più che altro per l'infiltrazione, od iperplasia circonvicina alla sede dell'ulcera, anzichè per la cicatrizzazione dell'ulcera stessa. Sarà un restringimento quindi iperplastico e non cicatriziale. —

Ma lasciamo da parte questo, che vi tornerò sopra fra poco.

Il Godebert (3) nella sua Tesi ammette anch'esso tre classi di restringimenti sifilitici del retto, e cioè: 1° secondarj, consecutivi a placche mucose; 2° terziarj, dovuti ad ulcerazioni profonde caratteristiche del periodo terziario della sifilide; 3° quadernarj, cagionati da un'infiltrazione neoplastica diffusa. Sarebbero questi ultimi da riporsi nella categoria degli iperplastici, e che sarebbero quelli detti da Fournier per sifiloma ano-rettale.

Il Dott. Louis Jullien (4), valentissimo cultore della sifilografia in Francia, e che non è molto pubblicò un pregevole Trattato sulle Malattie Veneree dice che l'ulcerazione, la neo-

(1). VIRCHOW — *La Syphilis constitutionnelle*. — Paris. 1860, Pag. 198.

(2). BAERENSPRUNG — *Annalen des Charité*. — *Hrakenhauses zu Berlin*. — 1860. T. IX. 1. Heft. pag. 139.

(3). GODEBERT — *Essai sur les rétrécissements syphilitiques du Rectum*. — Paris. 1873.

(4). JULLIEN — *Traité pratique des Maladies Vénériennes*. — Paris. 1879. Pag. 852.

plasia, l'infiltrazione plastica circumambiente sono i fenomeni morbosi che producono un restringimento sifilitico del retto. Egli ammette il sifiloma ano-rettale o gomma diffusa, che sarebbe una lesione terziaria, consistente nell'infiltrazione delle pareti rettali per un neoplasma specifico, il cui attributo essenziale è di terminare con la sclerosi, senza passare per l'ulcerazione. — Egli dice che la porzione ristretta, nel punto meno dilatabile, è formata da un tessuto embrionario vascolarissimo, completamente analogo a quello dei bottoni carnosì il quale non offre che poca resistenza agli strumenti; nelle parti più anticamente formate appaiono dei fasci di sostanza congiuntivale rigida, contornati da nuclei embrionarij. — Questi ultimi elementi sarebbero quelli che infiltrerebbero la tunica muscolare, nella quale, tra le fibre, si vedono ancora dei piccolissimi ascessi, che Jullien pensa — alla pari del Malassez — essere l'origine delle fistole consecutive. — La mucosa situata al di sopra del restringimento è distrutta e rimpiazzata da tessuto embrionario. Tra la parte sana e l'ulcerata, la mucosa è leggermente scollata, e nel suo spessore, tra i condotti glandolari, e nel tessuto sotto-mucoso, si ha una proliferazione abbondante di cellule giovanissime. —

Ho riportato dettagliatamente questi appunti del Jullien, perchè veramente è la descrizione più esatta che io abbia trovata delle alterazioni anatomiche ed istologiche che si hanno in un restringimento del retto per sifilide.

Il Dott. F. J. Bumstead (1) nella sua *Patologia e Terapia delle Malattie Veneree* non parla affatto del restringimento del retto come manifestazione sifilitica. —

Il Muron (2) in un suo Articolo su quest'argomento, dice di essere d'accordo con il Malassez nel non credere che i restringimenti sifilitici sieno causati da una blenorrea specifica

(1). BUMSTEAD — *Patologia e Terapia delle Malattie Veneree*. — Traduzione del Dott. Cirillo Tamburini, ed annotazioni del Dott. Amilcare Ricordi. — Milano 1864.

(2). MURON — *De la nature des rétrécissements fibreux du Rectum*. — Gazette Médicale de Paris. — 1873. N.º 11.

della muccosa intestinale o dalla cicatrice di un'ulcera sifilitica: ma bensì crede nella produzione di un condiloma e nella consecutiva formazione di una cicatrice di connettivo. Ammette che in casi eccezionali si manifestino delle gomme, e consecutivamente dei restringimenti. — Non crede che le ulceri sieno la causa del restringimento, perchè mentre quelle risiedono per lo più nel contorno o nelle vicinanze dell'ano, questo abitualmente ha sede 3 o 4 centimetri più in alto. —

Che gomme si producano negli intestini, lo dice anche il Dott. Luigi Laurenzi (1), il quale narrando un caso di enteroperitonite-gommosa sifilitica, aggiunge che i noduli gommosi i quali facevano rilievo nella superficie esterna dell'intestino avevano sede generalmente nel tessuto connettivo sotto-sieroso e nel tessuto sotto-mucoso, come potè essere dimostrato anche dalle osservazioni microscopiche fatte con medj ingrandimenti sopra tagli a tutta sostanza delle tuniche intestinali.

Come si vede chiaramente, in tutti gli Autori che hanno parlato di quest'argomento, vi è molta confusione. — È stato soltanto il Fournier che ha rischiarato il cammino, ed ha detto che il restringimento del retto poteva avvenire per manifestazioni sifiliche tardive, e dimostrava che queste potevano essere o sifilidi ulcerose, o gommosi, oppure un sifiloma ano-rettale. Ed in tal modo due restringimenti: uno per sifilide ulcerosa ed uno per iperplasia rettale primitiva, derivata da un'infiltrazione neoplastica, cioè il sifiloma ano-rettale.

Del primo non è il momento per me di parlarne; ne dirò qualche altra cosa quando parlerò dei restringimenti atrofici e cicatriziali. — È il secondo, cioè l'iperplastico che è qui il vero momento di discuterlo.

Il sifiloma ano-rettale, descritto dal Fournier, lo dice l'Autore stesso, è un'ipotesi fondata su considerazioni serie, che un giorno avranno l'appoggio del reperto necroscopico. — Ma in-

(1). LAURENZI LUIGI — *Entero-peritonite gommosa sifilitica*. — Storia tolta da un opuscolo intitolato: « *Casi Clinici*. » — Giornale Italiano delle Malattie Veneree e delle Malattie della Pelle. Anno VI. Vol. II. — Milano 1871. Pag. 298.

tanto cosa è questo sifiloma? Fournier stesso non lo ha visto: non lo ha descritto nessuno avanti a lui. — Come accettare in buona fede questa ipotesi? È una iperplasia, e niente più! — Ipotesi per ipotesi, non vale forse meglio dire che il sifiloma, se gli si vuol conservare questo nome, non è che una gomma modificata, forse a causa della sede sua, e di altre condizioni che fuggono alla nostra osservazione?

È un fatto che certi dati restringimenti sono dovuti alla sifilide, perchè in individui sifilitici; perchè compariscono giust' appunto nell' epoca che sogliono aversi le manifestazioni terziarie o nel limite fra le secondarie e terziarie; perchè infine vediamo che la cura antisifilitica e quella conveniente a quel dato periodo della sifilide corrispondono perfettamente, purchè — e quì sta il sodo della quistione — si cominci la cura ai primi momenti della comparsa del restringimento. —

Cosa vuol dire tutto questo?

Per me indica che il restringimento è dovuto ad una manifestazione sifilitica, che però questa dovè consecutivamente subire delle modificazioni tali da divenire ribelle a tutti quei mezzi che fino ad allora avevano servito a combatterla. —

In fondo sono d' accordo col Virchow (1), il quale parlando delle gomme accenna a qualche cosa che può essere favorevole alla mia ipotesi. — Egli dice che le gomme provengono da una proliferazione di cellulare, ed il principio del loro sviluppo corrisponde al modo di formazione della granulazione. — Nell' altro lavoro sulla sifilide costituzionale, stato da me citato, il Virchow dice che le gomme, che corrispondono alle manifestazioni secondarie e terziarie della sifilide, cominciano alla pari delle granulazioni, da un' aumento di volume e dalla moltiplicazione delle cellule preesistenti, ipertrofia, iperplasia. È un fatto che iperplasia, infiammazione semplice e gomma, si trovano talora unite tra loro, spesso isolate.

Studiamo un po' più dettagliatamente queste gomme che dal Virchow (2) non sono considerate sempre come risultato

(1). VIRCHOW — *La patologia cellulare*. — Milano 1866. Capitolo XX.

(2). VIRCHOW — *Pathologie des tumeurs*. — Paris. Tome Deuxième. — 1869. Leçon. XX.

della sifilide; per lui la gomma è un tessuto di granulazione. Robin, secondo quello che cita il Virchow, ammetterebbe che il tumore gommoso fosse un prodotto particolare, che si distingue dai veri tubercoli per dei caratteri essenzialissimi, ed anzi sarebbe da considerarsi come un tumore specifico. — Il Wagner (1) lo chiamava sifiloma, e ciò pareva esagerato al Virchow che non trovava elementi specifici ed una struttura tanto costante da potere fare una diagnosi certa. — Il Virchow, ammette i restringimenti sifilitici del retto; dice che non ha potuti mai studiarli al loro principio; e per conseguenza in verun modo non può dire se sono o tumori condilomatosi, o gommosi. —

Cornil e Ranvier (2) che studiarono accuratamente questa teoria delle gomme, dichiarano di non potere in modo veruno all'esame microscopico attribuirgli dei caratteri speciali, se non si considera il tessuto e lo sviluppo loro. —

In generale sono gomme quelle che si producono al periodo terziario della sifilide, e prediligono certi dati visceri; queste gomme distruggono i tessuti, e lasciano una cicatrice. — Nel caso dell'intestino, e del retto in specie, non avviene questo. — Ciò indica che se si produsse una gomma nell'intestino non rimase più gomma come quando si manifestò, ma che subì delle modificazioni. — Si chiami allora sifiloma, e non mi oppongo affatto; ma credo che primitivamente fosse una gomma.

Arrivo a tal punto da credere che molti restringimenti non danno indizio di loro esistenza, perchè contemporaneamente all'iniziarsi di una gomma nel retto, si produce qualche altra manifestazione sifilitica, che richiama l'attenzione dell'ammalato. È la cura fatta per questa che risolve la gomma, ed impedisce la produzione del restringimento.

Ma quale sarà questa modificazione che subisce la gomma per divenire sifiloma, e quindi ribelle alle cure specifiche? Non lo so io, come non sa Fournier cosa sia il suo sifiloma ano-rettale. — Non lo spiego, come non si spiega perchè un

(1). WAGNER — Archiv der Keilkunde 1863. 4.^o Jahr: pag. 1.

(2). CORNIL ET RANVIER — *Manuel d'Histologie Pathologique*. — Paris. 1869. Première Partie Pag. 186.

cancro duro recidiva in cancro molle, perchè un sarcoma degenera in carcinoma. — Forse un giorno tutte queste incognite otterranno una conveniente e soddisfacente risoluzione. —

Le teorie del Professore Gosselin non mi persuadono affatto, come quelle che non hanno una base conveniente e scientifica. Il Gosselin si basa su di una modificazione speciale della vitalità dei tessuti contaminati dal virus ulceroso. Ma, come ho detto poco sopra, il Gosselin ha confuso causa con effetto; ha presa l'ulcerazione prodotta dalla costipazione e che risiede al di sopra del restringimento come la causa di questo, mentre che ne è la conseguenza. E poi vi è di più: in molti casi non poteva essere quella l'ulcera sifilitica, perchè da tanti anni era già avvenuto l'inquinamento sifilitico; oppure se vi era l'ulcera prima del restringimento, questa non era che una manifestazione terziaria, una sifilide ulcerosa, e non occorre perdersi più oltre in ipotesi; o l'ulcera si produsse dopo, ed era una conseguenza del restringimento. —

Riassumendo, io credo che il restringimento sifilitico-iperplastico non sia altro che un restringimento prodotto da una gomma, manifestazione terziaria, modificata dalla sede e da altre circostanze che sino ad ora è impossibile poter determinare con esattezza. In una parola parmi non andare errato ammettendo che si tratti di una gomma, la quale subisce modificazioni tali da rientrare più tardi nella categoria delle lesioni comuni, per abbandonare quella delle specifiche. Il concetto terapeutico confermerebbe appieno la mia teoria. —

Il restringimento sifilitico iperplastico nei suoi sintomi non differisce dagli altri restringimenti, che per ben poco.

Ma prima di tutto una cosa sola da osservare. È immensamente più frequente nella donna che nell'uomo; ed in quella in special modo fra i 30, ed i 40 anni. — Sono state fatte le solite ipotesi; date le solite spiegazioni. I rapporti contro natura; le disposizioni anatomiche, e cioè i rapporti fra vulva ed ano; l'evoluzione menstruale o gli eccessi venerei che portano stato congestivo. Ma non ci è nulla di vero in tutto questo. — Infatti se è un restringimento sifilitico nel vero senso della parola, non può essere la conseguenza di un rapporto contro

natura, perchè l'infezione sifilitica poteva essere avvenuta per altra via alcuni anni innanzi; tutto al più la pederastia passiva non avrebbe potuto far' altro che, nell'intestino nel quale già esistevano manifestazioni sifilitiche, produrre un'irritazione. Anche le disposizioni anatomiche se hanno un valore si è per delle lesioni veneree, nelle quali l'auto-inoculabilità esiste; ma per delle manifestazioni secondarie o locali, dovute ad un inquinamento generale, mi pare davvero che non abbiano alcuna ragione di essere ammesse. — E del pari non hanno base solida l'opinioni ammesse dell'ingorgo che avviene negli organi del piccolo bacino a causa della evoluzione menstruale, o di un eccesso venereo. — È stata pure invocata la gravidanza per la compressione che porta nei visceri. Io credo che le cause sieno complesse. Si è citata la costipazione intestinale come una delle cause produttrici un restringimento qualsiasi. È un fatto che la donna in generale soffre di costipazione intestinale assai più dell'uomo; ed è pure certo che la costipazione aumenta durante la gravidanza. — Nulla di più probabile adunque che la costipazione, aumentata dalla gravidanza, citata molte volte come punto di partenza dei fenomeni di un restringimento, sia quella che in qualche modo influisca a che quella manifestazione sifilitica terziaria, già iniziata nel retto, subisca delle modificazioni, che sono quelle che lo convertono in sifiloma produttore di un restringimento. Aggiungo ancora che la gravidanza può influire anch'essa nella modificazione della gomma in quanto porta, per essa stessa, compressione nei visceri del bacino, alterazione nel circolo. E non va neppure dimenticato, sempre in appoggio della mia opinione, che la donna — e giust' appunto perchè incinta, perchè già travagliata da altri disturbi specialmente addominali per dato e fatto della gravidanza — si accorgerà meno di un uomo, che non avrà tutti quegli altri incomodi, dei disturbi portati dalla gomma nel retto; che non si curerà ancora, perchè giust' appunto l'affezione è in quella regione sempre sospetta, quando vi è un'affezione qualunque e specialmente sifilitica. —

Il restringimento iperplastico per sifilide, se ha i fenomeni

suoì a comune con tutti gli altri restringimenti, ha pur nonostante qualche carattere speciale che permette di differenziarlo.

Il restringimento sifilitico del retto, occupa il più delle volte la regione ampollare quasi in corrispondenza del punto dove la porzione ampollare si continua alla sfinterica, o tutto al più un centimetro o due al di sopra; quindi è accessibile al dito. La sua forma è, o valvolare ad anello, o cilindrica; in generale è quest' ultima forma quella che si trova il più spesso.

Facendo il riscontro si sente un ispessimento duro e calloso, (che come dice Fournier) indica la trasformazione fibrosa; traccia nessuna di ulcerazione, a meno che col dito non si oltrepassi il restringimento, e non si arrivi all' ampolla che è al di sopra di quello.

Se è possibile in qualche caso fare l' autopsia, ecco secondo il Fournier ciò che si trova: — Degenerazione delle tuniche cisternali per uno spessore di 4 o 5 millimetri. Incidendo, si vedono tutte le tuniche del retto riunite insieme, e confuse l' una con l' altra in modo da essere impossibile distaccarle, essendo saldate da una trama interstiziale che pare le abbia fuse insieme. La mucosa inspessita, e aderente. — Al microscopio le tuniche alterate, degenerate, e costituite da tessuto fibroso, da materia amorfa, da nuclei embrioplastici. —

Prima di terminare questo Capitolo conviene che torni con poche parole su di una quistione che ho già accennata, voglio dire sul trattamento antisifilitico. È un fatto che non ha influenza di sorta una volta che il restringimento è formato; e ciò perchè il restringimento è entrato nella categoria delle lesioni comuni. — Non è più gomma, che si risolve; è un tessuto fibroso che in verun modo si lascia vincere dai mezzi specifici, ma che conviene attaccare con i mezzi che si usano per tutti gli altri restringimenti. —

X.

DEI RESTRINGIMENTI CICATRIZIALI OD ATROFICI
DEL RETTO.

Il cammino da percorrere nel trattare dei restringimenti cicatriziali od atrofici, è molto abbreviato da tutto ciò che ho detto fino ad ora. Nulla di più facile di comprendere la formazione di un restringimento là dove vi è perdita di sostanza; e qui siamo nel caso: sia che questa avvenga al seguito di infiammazione, o di una ferita, o di una cauterizzazione, o di un' ulcerazione di qualsiasi natura. —

È molto naturale che, dopo un' infiammazione e quando questa ha dato luogo ad abbondante suppurazione, vi sia perdita di sostanza. Qualche volta si formano degli essudati, vi è, come dice Esmarck, un lussureggiamento flogistico, ed allora si ha il restringimento iperplastico; quando invece vi è raggrinzimento, ed a causa della atrofia vi è stata distruzione di tessuto, si ha il restringimento cicatriziale. — Esmarck arriva sino al punto di dire che col tempo il restringimento iperplastico, che lui chiama infiammatorio passa nel secondo, tanto che qualche volta si ha la combinazione delle due forme riunite insieme. —

Il restringimento cicatriziale consecutivo ad una proctite non presenta nulla di speciale, e perciò può benissimo non essere in alcun modo distinto dagli altri.

Se una perdita di sostanza causata da un' infiammazione è capace di formare un restringimento, a più buon diritto questo si deve produrre quando si ha distruzione di tessuto, come avviene per una ferita, per una cauterizzazione. — Certo se sarà una piccola ferita di punta e taglio, la perdita di sostanza sarà minima ed il restringimento potrà non aver luogo. — Ma se si pensa per un' istante a quanto grande può essere la di-

struzione di tessuto per una ferita lacero-contusa, si comprenderà facilmente quanto debba essere grave il restringimento che ne seguirà. Qualche volta è il Chirurgo che è causa del restringimento cicatriziale, perchè deve compiere all' ano ed al retto delle operazioni che forzarono ad asportare delle porzioni considerevoli di retto. —

Il Prof. Loreta (1) nella sua erudita Memoria sulle Emorroidi, accenna che talvolta la cura di queste, fatta col cauterio e con il coltello, portò la stenosi del retto. Infatti anche nella Discussione accaduta nel 1859 alla Società di Chirurgia di Parigi (2) il Prof. Follin presentò un malato al quale aveva estirpate delle emorroidi con il metodo circolare, servendosi dell'*écraseur* dello Chassaignac; dopo 15 giorni era sopraggiunto un restringimento che non permetteva il passaggio di un dito. Lo Chassaignac, discutendo su questo caso, diceva che il restringimento per lui viene formato da un cercine facile a superarsi; l'*écraseur* non produce danni, se si preferisce il metodo laterale; cioè asportando parte del contorno anale ove è il pacchetto; al circolare che asporta in più gran quantità dei tessuti: appoggiava questa sua asserzione sul fatto che in 57 casi non aveva veduta che lieve coartazione anale facilmente curabile con la dilatazione fatta per mezzo degli stuelli. — A dire il vero quest' affermativa dello Chassaignac era contraria a quanto aveva detto il Follin, il quale provò gli stuelli e la spugna preparata, senza vincere il restringimento; e questo gli era avvenuto anche altre volte in casi osservati insieme al Dott. Laborie. In quest' occasione Richard diceva che su 11 operati con l'*écraseur* col metodo circolare aveva veduto un solo restringimento, che non cedette ad un' incisione prolungata sino al coccige; — Houel in un caso operato con l'*écraseur*, metodo circolare, ebbe il restringimento, che in due mesi con lieve dilatazione guarì, e non si era riprodotto ancora dopo cinque anni; — Morel-Làvallée aveva riscontrati dei restringimenti anche

(1). LORETA — *Conferenze di Chirurgia Pratica sulle Emorroidi*. — Bologna. 1878. Pag. 151.

(2). *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*. 1859.

adoprando il metodo laterale; — Gosselin aveva ottenuto di non avere il restringimento in 6 casi, usando la precauzione di lasciare l' emorroidi esterne, ed estirpando le interne con sezioni parziali, invece che con una sola circolare; — Depaul non ebbe mai questa triste conseguenza in tre operati con l'*écraseur*; — Richet citava dei casi di restringimento, veduti insieme a Richard, avvenuti dopo avere usato il processo anulare, per cui dichiarava di preferire le sezioni parziali, tanto per le emorroidi esterne che per le interne. —

Il Dott. Pèan (1), nelle sue Lezioni Cliniche, cita un caso importantissimo di restringimento cicatriziale.

« Il caso che porta il numero CCLXXIII concerneva un individuo che avendo avuti dei tumori emorroidarj voluminosi; ne aveva fatto distruggere uno con la legatura. Dopo quel momento la costipazione era divenuta ostinata, la defecazione dolorosa, le fistole in gran numero si aprivano intorno all' ano. Il restringimento aveva sede ad un'altezza di 4 centimetri. Fu fatto lo sbrigliamento di tutte le fistole con il coltello. Arrivato al restringimento, fu adoprata la dilatazione progressiva con la spugna preparata. »

Trattandosi di un restringimento cicatriziale per ferita o per cauterizzazione la diagnosi sarà facilissima, in quanto vi sarà il dato etiologico che guiderà immensamente il Chirurgo. — In quanto alla sede molto più facilmente sarà nella porzione più inferiore, in quella che è accessibile all' operatore, essendo questi restringimenti il risultato di ferite fatte ad arte con scopo curativo, anzichè casuali. Il restringimento, in questi casi, prende piuttosto la forma cilindrica, ed è un cercine calloso, non distensibile, resistente, che si presenta al dito del medico che vuol fare la diagnosi.

L' ultima causa che è capace di produrre un restringimento cicatriziale od atrofico, è un' ulcerazione. Con questa non pos-

(1) PÈAN. — *Leçons de Clinique Chirurgicale*. — Paris, 1879. — Vol. II. Pag. 536-37-38.

siamo andare tanto per la spiccia: in quanto che conviene distinguere dal punto di vista della patogenia, in semplici, in dissenteriche, in veneree, in sifilitiche. —

L'ulcerazione semplice intestinale, a vero dire, è difficilissimo che produca un restringimento; lo produce in quanto è la causa e l'effetto di un processo flogistico dell'intestino. — Le ulcere, conosciute generalmente col nome di follicolari, non sarebbero che il risultato di un catarro cronico follicolare del retto, che si ha simile anche in altre parti dell'intestino e nello stomaco. Non è raro che ulcere di questa natura si producano in gruppi, ed allora avvenendo una grave suppurazione, che si estende, oltre che alla mucosa, anche al tessuto sottomucoso, si ha fusione e gangrena della mucosa, e perdita di sostanza considerevole. — Molto lentamente avviene la cicatrizzazione.

Il Foerster, nella sua Anatomia Patologica, queste ulcere dipendenti dall'infiammazione, le chiama mucose semplici, e dice che non interessano altro che la mucosa e si estendono in superficie.

Qualche volta avviene che per dato e fatto della tubercolosi si abbiano delle ulcerazioni, conseguenza del rammollimento e della rottura di tubercoli; quando accade la cicatrizzazione si ha la produzione del restringimento.

Non ho creduto di fare una categoria a parte di questa specie di ulcerazioni, perchè allora si andrebbe all'infinito nelle suddivisioni senza averne un' utilità pratica. —

L'ulcerazione che non infrequentemente dà luogo ad un restringimento, è la dissenterica; tanto è vero che si cita la dissenteria come una delle cause dell'affezione della quale espongo la storia. — Già ho citato il caso osservato dal Dott. Castex nel servizio del Dott. Cusco, e che si riferisce ad un restringimento del retto per dissenteria. — Lasciando andare da parte una serie di casi che si trovano citati quà e là nei varj Autori, dirò solo di uno molto caratteristico riferito dal

dal Dott. Vandommelen (1) e riportato nella Gazzetta Medica di Parigi del 1855.

« Un soldato di 29 anni, che qualche anno prima aveva sofferto della dissenteria, ebbe a provare consecutivamente difficoltà ad evacuare. Tre anni dopo sopraggiunsero de' dolori di ventre. Le feccie erano nastriformi. Entrato nell'Ospedale fu trovato otto centimetri al di sopra dell'ano un setto anulare, cartilaginoso, che non lasciava passare neppure una piccola siringa. Fu fatta un'incisione cruciata con il bistoury bottonato. Vi fu pochissima emorragia. Dopo tre settimane la guarigione era completa. »

Il Dott. Garsaux (2) in questi ultimi anni ha studiato quest'argomento, e se ne servì come soggetto di tesi per l'esame di dottorato. Egli dice che avvengono per una cicatrice delle ulceri dissenteriche. — Hanno sede, secondo quest'Autore, 3 centimetri al di sopra dell'ano, e sempre alla parete interna del retto quando sono parziali. — Negli uomini sarebbero più frequenti che nelle donne, e porterebbero per conseguenza delle fistole guaribili abitualmente con l'incisione della briglia cicatriziale.

L'ulcera dissenterica è — secondo quello che dice il Curling — a decorso lento; è situata per lo più indietro, ad un pollice e mezzo circa dall'ano, è di forma ovale, contornata da un cerchio rilevato ed indurito. Queste ulceri dovute alla dissenteria, sono prodotte in parte dal processo dissenterico, ed in parte da un catarro follicolare che per il solito si unisce alla dissenteria quando questa è nel periodo cronico. —

Se l'ulcerazione è soltanto nello strato mucoso, a poco a poco progredisce ed interessa anche gli strati sottostanti

(1). VANDOMMELEN — *Rétrécissement accidentel de la portion ampullaire du Rectum; opération; guérison.* — Annales Médicales de la Flandre Occidentale 1854. fasc. 19-20-21. e, Gazette Médicale de Paris, 1855. pag. 617.

(2). GARSAX — *Contribution à l'étude d'une variété de rétrécissements du Rectum.* — Thèse. — Paris, 1877.

e si ha una perforazione. — È quando avviene la cicatrice di questa, che si ha raggrinzimento, e la produzione di un restringimento. —

Anche le ulceri specifiche possono portare un restringimento; distinguiamo prima di tutto quelle veneree, da quelle sifilitiche. — Comincio dalle prime, per dire soltanto due parole delle seconde: giacchè mi sono dilungato a sufficienza su questo tema parlando dei restringimenti iperplastici. —

Il Bumstead, nel suo Trattato delle Malattie Veneree, non dice gran che su quest' argomento, — Ma è il Dott. Amilcare Ricordi che in una nota afferma che le ulceri dell' ano e del retto sono di difficile guarigione; e che a facilitarne la cicatrizzazione giova moltissimo l' introduzione nel retto di un cilindretto della grossezza di un dito mignolo, di tessuto di tela e di sostanza resinosa. Quest' asserzione del Ricordi dà la ragione del perchè si formino dei restringimenti cicatriziali consecutivamente ad un' ulcera; perdurando le ulceri, ed avvenendo che si moltiplicano, avviene che vi è perdita di sostanza, ed il cilindro che si consiglia di adoprare servirà non solo ad aiutare la cicatrizzazione, ma pur' anco ad impedire in qualche modo il restringimento, facendo una leggera dilatazione —

Il Dott. A. Dèspres (1) fin dal 1858 pubblicava un Articolo sulle ulceri fagedeniche del Retto. — I casi riportati erano sei, e cioè: 1.º ulcera fagedenica del retto con la cauterizzazione; guarigione; 2.º ulcera molle fagedenica dell' ano e del retto, cauterizzazione; guarigione: 3.º ulceri fagedeniche consecutive a placche mucose ulcerate dell' ano; cauterizzazione con cloruro di zinco; guarigione: 4.º ulcera fagedenica della vulva dell' ano e del retto, e restringimento; cura antisifilitica, tamponi, e canule; guarigione: — 5.º ulcera fagedenica del retto; fistola retto-vulvare; restringimento del retto; cura antisifilitica; cauterizzazione con cloruro di zinco; tamponi; clisteri di ratania; è rimasta la fistola ed il restringimento: 6.º ulcera del retto; restringimento valvolare consecutivo, come nel caso pre-

(1). DÈSPRES — *Des chancres phagédéniques du Rectum.* — Archives Générales de Médecine — Mars, 1858. pag. 257.

cedente; soltanto che Gosselin più tardi in questo malato sezionò la valvola, e fece la dilatazione. —

Il Dèspres in questa sua Memoria asserisce che l'infiammazione sviluppata al di sopra di un' ulcera dell'ano non produce restringimento che quando l' ulcera stessa si è estesa al retto. — Percui si potrebbe stabilire questa legge: che i restringimenti non traumatici del retto, sono, il più delle volte, il risultato delle ulceri fagedeniche non curate dell'ano e del retto.

Le ulceri fagedeniche del retto sono ulcerazioni poco profonde, a margini tagliati a picco ed irregolari, che per origine hanno: o una ulcera molle, o una placca muccosa ulcerata dell'ano. — Molto più raramente, dice il Dèspres, l'ulcera rettale è prodotta direttamente da dei rapporti contro natura. —

I restringimenti qui costituirebbero una fase di riparazione delle ulceri del retto; di modo che quando comparisce il restringimento si hanno gli stessi sintomi che per lo innanzi, con l'aggiunta d'una o più briglie, facilmente lacerabili, specialmente se recenti; di modo che è possibile, anche in una seduta, in simili casi ottenere la dilatazione completa mercè dei semplici tamponi.

Le complicate di queste ulceri sarebbero delle fistole, sia anali, sia retto-vulvari. —

Le ulceri fagedeniche consecutive ad un' ulcera venerea possono guarire con più facilità e con più prontezza di quelle dipendenti da papule mucose. — In ogni modo, secondo quello che dice il Dèspres, conviene trasformare l'ulcerazione in una superficie vegetante analoga a quella di un impiagamento semplice, e di più si ottiene con maggiore probabilità cauterizzandolo con il cloruro di zinco. —

Anche il Follin e Duplay (1) nella loro Patologia esterna dicono che i restringimenti sono consecutivi ad ulceri dell'ano che rimontano nel retto; sarebbero una lesione delle parti circonvicine, un'alterazione del tessuto prodotta dalla secrezione

(1). FOLLIN ET DUPLAY — *Traité élémentaire de Pathologie externe.* — Paris. 1861 — 1878. Tome I. Pag. 697.

purulenta dell' ulcera; in una parola un' infiammazione specifica che rimonta nel retto. —

Conclusioni simili a quelle degli scrittori sopra ricordati le dà il Gosselin (1), e furono da lui espresse chiaramente in un' Articolo sulle ulcere all' ano, e del restringimento del retto come conseguenza delle ulcere. —

Spigolando nella letteratura si trovano citati ancora varj casi di restringimento consecutivo ad ulcere del retto, e fra gli altri quelli del Liouville, e del Dujol riferiti alla Società Anatomica di Parigi e da me riportati, quelli del Fenwick (2) e quelli del Gosselin (3) — Nei due casi del Clinico dell' Ospedale della Charité di Parigi, si trattava di restringimenti consecutivi ad una proctite cronica, dipendente da un' ulcera. — Il restringimento si mostrava con un' inspessimento della mucosa, e solo una volta, in uno, fu possibile a stento passare l' apice di un dito. —

Se è vero che il restringimento del retto può avvenire a causa di un' ulcera, è pur vero essere più probabile che ciò avvenga quando l' ulcera è fagedenica, perchè allora vi è maggior perdita di sostanza. Non è difficile che mentre una parte di ulcerazione cicatrizza, un'altra porzione sia ribelle: e da ciò la possibile evenienza che restringimento ed ulcerazione si combinino insieme, venendo così ad aggravare le condizioni del malato.

Il restringimento del retto per ulcera venerea, non può essere che nella porzione sfinterica del retto; e ciò è naturale: sia che l' ulcera si manifesti per contatto diretto, sia per inoculazione da altra ulcera o dal secrèto di altra ulcera che è vicina, per sede, all' ano.

(1). GOSSELIN — *Des chancres de l'anus et du rétrécissement rectal consecutif aux chancres.* — Progrès Médicale 1874. Pag. 167.

(2). FENWICK — *Ulcers e restringimento del retto; due osservazioni con operazione di colotomia.* — Canada medical and surgery Journal, Maj, 1877.

(3). GOSSELIN — *Rétrécissement diffus, consecutif a une rectite chronique, déterminée probablement par une chancre de l'anus.* — Gazette des Hôpitaux 1868. N.º 107.

Ed eccomi arrivato all'ultima forma di restringimento cicatriziale per ulcerazione, e cioè quello sifilitico. — Su questo ho davvero ben poco da dire, giacchè molto ho detto nel Capitolo antecedente, assai ne ho accennato in questo, dicendo delle ulcere fagedeniche. — L'ulcerazione sifilitica può essere, o per ulcera primitiva, o per papule mucose, o per una sifilide ulcerosa.

Non vi è ragione, come ho già detto, di escludere la possibilità di un restringimento del retto per ulcera primitiva. Se accade l'inoculazione al retto di un'ulcera venerea perchè non può avvenire di un'ulcera sifilitica? E torno qui a ripetere, che dato il fatto della avvenuta inoculazione, sarà più probabile il restringimento del retto con un'ulcera sifilitica che con un'ulcera venerea; perchè quella ha per di più un'indurimento intorno a sè, che, come dice il Virchow, si comporta come una gomma, e non è escluso che possa divenire fagedenica.

Che anche le papule mucose possano portare guasti simili non è da escludersi; tutti lo ammettono; e bastino a provarlo i fatti stati già da me citati del Dèspres.

Resta a studiare la sifilide ulcerosa. — Il Fournier nelle sue Lezioni, che ho accuratamente e minuziosamente esaminate, dice che il restringimento cicatriziale può avvenire in tre modi: 1° per ulcera specialmente fagedenica; 2° per placche mucose specialmente fagedeniche; 3° per lesioni ulcerose secondarie o terziarie.

Per il Fournier l'ammettere il restringimento del retto per ulcera sifilitica non stà, perchè è semplicemente fare della teoria; è inammissibile perchè l'ulcerazione sifilitica intra-rettale è rarissima, tanto più se fagedenica è superficiale, ed è soltanto l'esordio della sifilide.

Anche il restringimento per papula mucosa è immaginario, inquantochè la placca è superficiale, benigna, non dà cicatrici retrattili, ma solo delle macchie effimere: le papule mucose fagedeniche non esistono.

Sarebbe possibile soltanto l'ultima forma e cioè per sifilide ulcerosa, perchè questa interessa veramente i tessuti, e determina delle vere perdite di sostanza e dà conseguente-

mente luogo a cicatrici, a briglie. Il Fournier conclude dicendo che il vero restringimento cicatriziale, in generale, si osserva ad un periodo meno avanzato della diatesi sifilitica che non il restringimento ammesso da lui per sifiloma.

È inutile che io torni quì a ripetere le ragioni per le quali credo di essere in diritto di non trovarmi d'accordo col Fournier. — Mi si dice che l'ulcera sifilitica del retto è rarissima; lo ammetto anch'io; ma se è rara non si esclude che possa darsi, e che divenendo fagedenica, od anche non divenendolo, produca gli stessi sconcerti dell'ulcera molle.

È vero ciò che il Fournier dice delle papule mucose intorno alla loro rarità, e le considerazioni che fa su queste; ma è vero altresì che qualche caso di restringimento consecutivo a papule è stato registrato negli Annali della scienza, ed allora non resta che ammetterne la rarità, e non negarne l'esistenza.

In quanto alla sifilide ulcerosa non posso fare altro che far mie le parole del Fournier.

I restringimenti del retto consecutivi ad una sifilide ulcerosa non sono frequenti; è un fatto che merita considerazione.

Secondo quello che dicono Cornil e Ranvier nel loro Manuale di Istologia patologica, le ulcerazioni sifilitiche del retto hanno qualche cosa di caratteristico, e cioè dei margini molto ingrossati, che presentano qualche volta dei noduli caseosi nel loro centro; un fondo che secerne pochissimo pus, e che è costituito da un tessuto denso, grigio-giallastro, di consistenza fibrosa, e che corrisponde ad un ispessimento fibroso cicatriziale, che fa rilievo dalla parte della mucosa. Il tessuto indurito ed esaminato al microscopio, è formato da un tessuto fibroso infiltrato da piccolissimi elementi cellulari rotondi.

Cornil e Ranvier soggiungono che le ulcerazioni sifilitiche differiscono da quelle dissenteriche, perchè sono poco estese. — Del resto essi pure ammettono che il restringimento del retto sia consecutivo anche alle placche mucose.

Il restringimento sifilitico cicatriziale non differisce, nei suoi sintomi e nel suo decorso, da quello sifilitico iperplastico.

XI

DEI RESTRINGIMENTI NEOPLASTICI DEL RETTO.

L'ultima categoria dei restringimenti del retto è quella dei neoplastici. — Sono tre specialmente i neoplasmi che possono interessare il retto, ed essere conseguentemente la causa di un restringimento: voglio dire il carcinoma, il sarcoma, un polipo.

Il carcinoma è, in un modo certo, quello che fra i neoplasmi fornisce il maggior contingente di restringimenti. Il carcinoma per il consueto interessa la porzione più inferiore del retto, e contemporaneamente invade anche l'ano: e conviene pur'anco fare notare che nell'uomo è più frequente che nella donna, e che in questa per lo più è secondario ad un carcinoma sviluppatosi primitivamente al collo dell'utero.

Hecker (1), nella sua Tesi inaugurale, dice che su 34 casi di malattie del retto in 15 vi era carcinoma, e questo risiedeva nove volte nella porzione inferiore, tre nella porzione media, e tre nella porzione superiore. — Billroth stando a ciò che dice il Winiwarter (2) osservò 23 casi di carcinoma del retto, 10 dei quali nella donna, e 13 nell'uomo; — ed afferma che il secondo periodo della malattia si presenta con i sintomi di un restringimento. — In generale nei casi di Hecker il carcinoma era al più un pollice al di sopra dell'ano, ed in quelli di Billroth a circa due pollici.

Il Dott. Hecker avrebbe fatta un'osservazione molto importante a registrarsi, e cioè che il restringimento del retto

(1). HECKER — *Über vierundreißig Fälle der Krankheiten des Mastdarms.* — Inaug. Dissert. — Berlin 1867.

(2). WINIWARTER — *Beiträge zur Statistik der Carcinom mit besonderer Rücksicht auf die dauernde Heilbarkeit durch operative Behandlung nach Beobachtungen an der Wiener Chirurgischen Klinik der Prof. Dott. Th. Billroth.* — Stuttgart, 1878. Pag. 273.

accade quando il carcinoma è primitivo e non secondario. — Trèlat e Delens che riportano questa cosa nel loro Articolo sulle malattie del retto dicono che ciò avviene forse perchè il cancro non ha potuto ancora svilupparsi tanto, quando sopraggiunge la morte dovuta al cancro primitivamente sorto nell' utero, od in altro viscere. Hecker al contrario darebbe una spiegazione opposta, e che cioè il cancro progredisce: ma siccome sopraggiunge per il solito un' ulcerazione questa distrugge la neofor-mazione, e così impedisce che si produca il restringimento.

È certo che il carcinoma del retto il massimo delle volte — per non dire sempre — è esulcerato, e l'ulcerazione è irregolare, secerne icore fetidissimo, ed ha un aspetto canceroso, dipendente dalla sede, per il continuo passaggio di materie irritanti ed infeziose. —

Il carcinoma del retto, nel suo principio, è limitato per lo più ad una sola parete; ed è soltanto col tempo che a poco a poco invade tutta la circonferenza dell'intestino, e produce un restringimento cilindrico. — In generale s' inizia dalla parete anteriore; ma è un fatto questo molto incerto. —

Se il carcinoma del retto, al suo principio, quando è primitivo, occupa le pareti soltanto dell'intestino, e si limita alla porzione inferiore di questo, non è meno un fatto provato che frequentemente — e quando l'arte o la morte non hanno troncato il decorso della malattia — il carcinoma si fa strada in alto, e talora invade i tessuti circonvicini, e si estende anche agli organi che stanno nel bacino. —

In generale il tumore comincia tra tunica e tunica intestinale; e si sviluppa tra mezzo a quelle, mentre che cerca con ogni mezzo di vincere la resistenza che gli fanno le tuniche per farsi strada; ed infatti il peritoneo resiste moltissimo; le fibre muscolari sono intramezzate allo stroma del carcinoma; e la mucosa si oppone vivamente prima di lasciarsi rompere, ma ceduto che abbia si ha un' ulcerazione, ed è il cancro ulcerato che si presenta al Chirurgo che esamina il retto di un malato. A poco a poco è impossibile distinguere tunica da tunica, tessuto da tessuto, ed è tutta una massa cancerosa quella che costituisce il tumore. —

È pure vero ed indiscutibile, perchè troppe volte osservato, che il cancro del retto comincia in due modi differenti, e cioè: o con piccole nocciuole o placche circonscritte, oppure disseminate su tutta la superficie del tessuto sotto-mucoso, in modo che non si percepiscono i limiti del prodotto di nuova formazione. — È il carcinoma circoscritto o diffuso, come viene comunemente descritto dai patologhi. —

Il carcinoma che si sviluppa nel retto è più specialmente quello di forma epiteliale. L'Esmarek, nella sua Monografia citata molte volte, dice, che nell' ano e nella porzione anale si produce il cancro ad epitelio piatto, mentre che sulla mucosa propriamente detta, si ha il cancro ad epitelio cilindrico, che sarebbe un cancro midollare propriamente detto, e facilmente esulcerabile. — Non è però difficile che si abbia a che fare anche con un cancro alveolare, detto anche colloide, gelatinoso, mucoso, oppure con un cancro duro.

Qualunque sia però la forma del carcinoma, è un fatto che allorchè si produce un restringimento mercè questa neoformazione, si hanno anche tutte le altre alterazioni anatomiche e funzionali, tali quali furono da me descritte per tutti gli altri restringimenti del retto.

Il carcinoma neoplastico del retto per produzione carcinosomatosa, oltre aver tutti i disturbi dovuti al restringimento, avrà per di più anche quelli dovuti al carcinoma del retto che sono gravissimi, e non difficilmente anche degli organi circonvicini, che, come ho detto, non è difficile che siano anch' essi affetti dalla medesima malattia.

Il restringimento del retto neoplastico per carcinoma sarà quasi sempre esulcerato, e si avrà conseguentemente scolo di icore fetentissimo; ed avrà la sua sede in particolar modo in basso; ma con incertezza molto, perchè dipendente da una neoformazione che si sviluppa or quà, or là, senza regola fissa. Questa specie di restringimenti sono anche quelli che occupano un' estensione maggiore, e che vanno sempre acquistando terreno, giacchè il prodotto di nuova formazione non è limitato, e tende sempre ad accrescersi, anzichè rimanere stazionario o diminuire.

Dopo di aver detto questo è inutile che ripeta delle inutili descrizioni. — Già ho riportato il caso appartenente al Cusco, e riferito alla Società Anatomica di Parigi dal Dott. Castex. Arnott (1) nel *Lancet* del 1875 cita un caso di cancro colloide del retto nel quale avvenne la morte due anni dopo che venne praticata la colotomia. — Reeves (2) nel *Medical Times* riferisce tre osservazioni. — Parlano pure di quest'argomento Bridge (3), Garel (4), Behier (5), Hovee (6) ed altri.

Avendo parlato del cancro del retto ben poco resta a dire del sarcoma. Si comprende, a bella prima, come anch'esso possa produrre un'ostruzione intestinale, come ha dimostrato anche Durham (7).

Il sarcoma che si sviluppa all'ano ed al retto è quello alveolare; del resto è molto raro, e non presenta niente di speciale perchè me ne debba occupare in questo lavoro, destinato esclusivamente a parlare dei restringimenti del retto e non delle malattie che lo producono.

Ancora due parole sui polipi del retto, e poi avrò finito tutto quanto concerne ai restringimenti.

I polipi sono benignissimi, e possono essere o papillari detti anche papillomi mucosi, oppure glandolari conosciuti anche col nome di adenomi. Woodman (8) che ha studiato quest'argo-

(1). ARNOTT — *Colloid cancer of the Rectum*. The *Lancet*. — 22 Maj 1875. Vol. I. pag. 724.

(2). REEVES — *Restringimenti cancerosi del retto, tre osservazioni*. — *Medical Times and Gazette*. Vol. I. pag. 277. 1878.

(3). BRIDGE — *Cancroide e restringimento del retto; colotomia lombare*. — *Archiv of Dermatology*. — Gennajo 1876.

(4). GAREL — *Cancer du rectum avec perforation de l'intestin*. — *Lyon Médical*, 21 Maj 1876.

(5). BEHIER — *Cancer de l'intestin*. *Gazette des Hôpitaux*. — N.º 8 et. 60, 1876.

(6). HOVEE — *Colotomy for epithelioma of the rectum*. — *Medical Times and Gazette*. 26 October 1872. II. Pag. 460.

(7). DURHAM — *Sarcoma dell'ano, operazione, miglioramento*. — *Medical Times and Gazette*. 11 Mars. 1876. Pag. 279.

(8). WOODMAN — *On the Symptoms and structur of Polypi of the Rectum*. — *Medical Press and Circular*. Mag. 5, 1875.

mento propende a credere che si tratti di tumori fibrosi. Del resto non vanno dimenticati Schneider (1), Schmidt (2), Bodenstab (3), Boar (4), Stoltz (5), Stoeber (6), Bourgeois (7), Dymitrowitsch (8), Dotzauer (9), Gigon (10), Godemer (11), Chassaignac (12), Syme (13), Perrin (14), Curling (15), Barthelemy (16), Cooper (17), Billroth (18), Kronenberg (19), Hau-

(1). SCHNEIDER — *Ueber Mastdarpolypon*. — Sieboldt's Journal. Tom. VIII. 1828.

(2). SCHMIDT — *Verwechselung von Polypen mit Hoemorroiden*. — Graefe's and Walther's Journal. — Bd. 1. pag. 91. 1834

(3). BODENSTAB — *Mastdarpolypen*, 1839.

(4). BOAR — *Mastdarpolypen*, 1838.

(5). STOLTZ — *Des polypes du rectum chez l'enfant*. — Gazette médicale de Strasbourg. 1841. pag. 40 e 104. 1859. pag. 157, 1860 pag. 1. e *Gazette médical de Paris* 1841. pag. 253.

(6). STOEBER — *Polypen*, 1840.

(7). BOURGEOIS — *Considerations sur quatre polypes du Rectum*. — Bulletin de thérapeutique 1842. pag. 263.

(8). DYMITROWITSCH — *Polipes du Rectum*. — Gazette des Hôpitaux. 1843, pag. 33.

(9). DOTZAUER — *Polypen*. — Bayrische Correspondenz Blatt. N.º 27, pag. 43. 1843.

(10). GIGON — *Ueber Mastdarpolypen*. — Oesterreichisch medicinische Wochenschrift. September, 1843.

(11). GODEMER — *Des polypes du Rectum*. — Récueil des travaux de la Société Médical du département d'Indre-et-Loire, 1843.

(12). CHASSAIGNAC — *Réflexions sur l'application de l'écrasement linéaire au traitement des polypes du Rectum*. — Gazette hebdomadaire, pag. 701. 1856.

(13). SYME — *Ueber den Bau der Polipen des Mastdarms*. Prager Vierteljahrschrift für praktische Heilkunde Bd III. 1846.

(14). PERRIN — *Des polypes du Rectum et des fissures a l'anus chez les enfants*. — Revue médico-chirurgicale de Paris. — Février, 1847.

(15). CURLING — *Polypen des Mastdarms*, 1850.

(16). BARTHELEMY — *Deux polypes fibreux du Rectum chez des jumeaux*. — Gazette des Hôpitaux, pag. 94. 1853.

(17). COOPER — *Emorragia dopo l'estirpazione di un polipo*.

(18). BILLROTH — *Ueber den Bau der Schleimpolyphen*. — Berlin, 1856.

(19). KRONENBERG — *Mustdarpolyphen*. — Journal für Kinderkrankheiten. t. XXXVI. pag. 1. 1861.

ser (1), Bourgeois (2), Luschka (3), Rauchfuss (4), Nèlaton (5), Guèrsant (6), Hutchinson (7), Fleming (8), Pereton (9), Giral-
dès (10), Kidd (11), Johannsen (12), Letzeritch (13), Miller (14),
Tachard (15), Gosselin (16), Bockai (17) ed altri molti, che,
parte riscontrati da me e parte citati dai varj Autori, si sono
occupati moltissimo di quest'argomento. I polipi del retto è vero
che generano un restringimento; ma lo producono molto diffe-

(1) HAUSER — *Mastdarmpolipen*. — Verhandlungen der Wiener Aer-
zte. 1861.

(2) BOURGEOIS — *Des polypes du Rectum*. — Bulletin général de Thé-
rapeutique, 1861.

(3). LUSCHKA — *Multiple Polypen des Mastdarms*. — Virchow's Ar-
chiw Bd. XX. pag. 183. 161.

(4) RAUCHFUSS — *Ueber Mastdarmpolypen*. — St. Petersburger me-
dicinische Zeitschrift. Bd IV. pag. 44. 1863.

(5) NÈLATON — *Ueber Polypen des Mastdarms*. — Langenbeck's
Archiv. VIII. pag. 670. 1863.

(6) GUÈRSANT — *Des polypes du Rectum chez les enfants*. — Bulle-
tin de Thérapeutique. Avril 38. 1864.

(7). HUTCHINSON — *Polypus of the Rectum*. — New-York Medical
Record. N.º 19. 1866.

(8). FLEMING — *Polypus of the Rectum*. — Dublin, Journal of Med.
Science. Nov. 1866.

(9). PERETON — *Essai sur les polypes du Rectum*. — Thèse de Stra-
sbourg. 1867.

(10). GIRALDÈS — *Des polypes du Rectum*. — Mouvement Médical
N.º 51. 1867.

(11). KIDD — *On polypes of the Rectum*. — The Med. Press. and
Circular. 5 May 1768.

(12). JOHANNSEN — *Ueber die Polypen des Mastdarms*. — Inaug.
Dissert. — Kiel 1868.

(13). LETZERITCH — *Ueber eine polypöse Excreescenz von dem Schleim-
haut des S romanum*. — Archiv für pathologische Anatomie pag. 41. 1868.

(14). MILLER — *On polypus of the Rectum*. — Edinb. Med. Journal.
Janv. 1870.

(15). TACHARD — *Note sur un cas de polypes papilliformes du Re-
ctum*. — Gazette des Hôpitaux. N.º 54. 1870.

(16). GOSSELIN — *Clinique Chirurgicale de l'Hôpital de la Charité*.
— Tome II. pag. 658. 1873.

(17). BOCKAI — *Ueber Mastdarmpolypen bei Kindern*. — Jahrb. für
Kinderheilkunde; IV; pag. 371. 1871.

rente da quelli che si hanno per altri tumori, oppure per una di quelle tante cause che ho detto essere capaci di cagionare un restringimento. Infatti il polipo differisce dagli altri tumori perchè è peduncolato; ora avviene che formando un restringimento, questo agisce quasi come un restringimento valvolare. — E dico quasi, perchè il vero e proprio restringimento valvolare resterà sempre fisso nella sua sede, mentre quello per polipo si sposterà facilmente, giusto come si sposta il tumore.

Il restringimento per polipo sarà più o meno grave a seconda della grandezza del polipo stesso. È un'osservazione ormai fatta da diversi Autori che i polipi del retto si riscontrano con maggior facilità nei bambini che negli adulti: come pure che il polipo invece di essere unico, non raramente è multiplo, e così si forma come una serie di piccoli polipi, che riempiono il retto. —

Qualche volta avviene che il peduncolo del polipo va continuamente crescendo, e di tanto, che facendosi strada all'esterno resta libero al di fuori del canale anale, ed allora il restringimento del retto viene a cessare. —

In generale i polipi del retto s'impiantano circa a 3 centimetri dall'ano; sono di piccolissimo volume, e talora divengono tanto grossi, ma raramente, da pesare 4 libbre, come nel caso osservato e descritto da Hoemm.

I polipi conservano per lo più una forma regolare, ed una superficie molto liscia. La consistenza è variabile.

Ben poco si sa sulla produzione di questi tumori: se ne sono date molte ragioni, ma nessuna che abbia un certo valore; cominciando da quella emessa da Stoltz, che dice che è dovuto ad una pizzicottatura della mucosa fatta dallo sfintere anale negli sforzi della defecazione.

Se ho parlato anche di questa forma di restringimenti, è perchè può darsi benissimo che si abbiano tutti i sintomi di questa malattia, e che il medico andando a fare il suo riscontro trovi un polipo come causa del restringimento. — È un fatto che anche in tal caso il calibro dell'intestino era diminuito, e per conseguenza non era in nessun modo da lasciarsi

da parte anche questa possibilità, in uno studio il meno incompleto possibile su di una data affezione morbosa.

XII.

DIAGNOSI DEI RESTRINGIMENTI DEL RETTO.

Terminato in tal modo di parlar dei restringimenti, conviene che io dica poche parole ancora sulla diagnosi loro. — Essendomi esteso moltissimo a discorrere intorno a qualunque forma di restringimento, è proprio ben poca cosa ciò che io devo aggiungere.

Non ho la minima intenzione di cercare di far delle diagnosi differenziali fra un restringimento del retto ed un'altra malattia. Andrei allora troppo in lungo; e d'altra parte è quello un compito eccellente per un Trattato sulle malattie dell'ano e del retto, e non per una semplice Monografia sui restringimenti. Mi sono dilungato tanto sulla sintomatologia dei restringimenti rettali, che non sto neppure a ricordare quali sono questi sintomi. —

Io voglio in questo Capitolo semplicemente ricercare il modo per differenziare un restringimento del retto di una data natura, da quello di un'altra.

In un Capitolo speciale già parlai del riscontro anale — sia col dito sia con lo speculum — che è il mezzo indispensabile per fare una diagnosi di restringimento del retto, e poterne determinare le sue qualità.

Non è ovvio, quanto si crederebbe a tutta prima, il potere determinare con esattezza l'estensione, il calibro, la resistenza. Son tanti dati, che non solo potranno rischiarare il terreno per completare la diagnosi sulla natura del restringimento; ma ancora faranno sì che il Chirurgo possa, con più conoscenza di causa, attenersi ad un dato mezzo operativo anzichè ad un'altro.

Non insisto su questo punto, perchè dovrò alla fine di questa Monografia dettare le indicazioni curative; ed allora mi sarà necessario ricordare tutte queste cose.

E non è del pari inutile, ma necessario, potere stabilire la natura del restringimento: perchè cambierà indicazione terapeutica anche in rapporto a questo. Così, per esempio, non dilaterò mai, ma inciderò sempre un restringimento valvolare congenito; dilaterò sempre un restringimento spasmodico.

Non vi è dubbio di sorta che una gran parte nella diagnosi della natura di un restringimento l'hanno i precedenti. — Infatti una dissenteria prolungata, un' infiammazione del retto ostinata, un' operazione subita, una sifilide stata inoculata qualche anno innanzi, e tanti altri commemorativi sono dati importantissimi, che faranno da guida qualche volta, e tal'altra basteranno da soli a completare la diagnosi. Ma oltre a questo vi sono i segni fisici, che debbono talora bastare a fare questo diagnostico.

Non parlo delle atresie o restringimenti completi, perchè quelli datano dalla nascita; e nessun dubbio può nascere per dichiararli come tali, e come congeniti.

Spigolando varj casi di restringimento, si è veduto che la massima parte delle volte restringimento a forma valvolare, con la mucosa sana, che si continua al di sopra ed al di sotto della valvola, e che a costituire questa non prende parte a nessun'altra tunica, o semplicemente qualche fibra della tunica muscolare, e nel caso dello strato di fibre circolari, equivale a restringimento congenito. —

Il restringimento spasmodico per il solito è collegato o ad una malattia dell' ano o di uno degli organi situati nel piccolo bacino; qualche volta alla semplice costipazione. — Ha per segno speciale di dare dolori, premiti, o, come si suol dire, tenesmo dopo, mai, o quasi mai, durante, la defecazione; e per carattere fondamentale che non infrequentemente sparisce di per sè, oppure anche non è sempre uguale, di modo che talora si trova essere tanto forte da non permettere il passaggio di un dito, e tal'altra lascia liberamente passarne due ed anche tre; ed una volta superato l'ostacolo, è vinto per sempre.

Il restringimento iperplastico, sia esso il risultato di un infiammazione cronica del retto o di una manifestazione tardiva sifilitica non è ulcerato; è per lo più cilindrico. Se è sifilitico si trova facilmente nella donna; la sua sede è per il solito nella porzione ampollare. Quì giovano moltissimo i precedenti della malattia, e non è possibile dispensarsene.

Il restringimento cicatriziale sarà facilmente apprezzabile; vi è perdita di sostanza; vi è ulcerazione, intorno alla natura della quale sarà facile avere degli schiarimenti da ciò che precedè la malattia.

Un restringimento neoplastico anch'esso sarà non difficilmente distinto dagli altri mercè i caratteri fisici e clinici del tumore. — Fra tutti i tumori però che si hanno nel retto, e che con maggior frequenza danno luogo ad un restringimento vi è il carcinoma, il quale darà all'intestino un'aspetto tutto speciale; in quanto che il restringimento non avrà più la sua superficie liscia od almeno regolare, ma sarà a bitorzoli esulcerati, che sanguinano con la massima facilità; non avrà dei confini netti e facilmente limitabili, ma infiltrerà i tessuti circonvicini, e specialmente organi e glandole.

La diagnosi di un restringimento del retto, mentre talora è la cosa più ovvia del mondo, tal'altra è difficile tanto da non averne idea. — Se il restringimento si troverà, diciamo così, a portata del dito, e dei nostri occhi una volta applicato lo speculum nulla di più facile: questo che si dice per diagnosticare il restringimento, si dica del pari per la natura, quando è manifesta la causa produttrice. — Ma se invece il restringimento è tanto in alto, che lo speculum non offre ajuto, ed il riscontro manuale fatto con quelle norme prudenti, che credo debbano essere adottate, non serve per arrivare a lui, la diagnosi sia della malattia, sia della natura riesce di una difficoltà immensa, e conviene davvero allora nulla dimenticare per potere con sicurezza stabilire una diagnosi che non trovi più tardi una smentita o nella terapeutica o nel reperto necroscopico.

Non bisogna dimenticare che il restringimento del retto è una malattia non frequente molto; ma non conviene per que-

sto credere che si tratti di costipazione semplice ove è restringimento. Io penso che sieno molti più i casi di restringimenti rettali non diagnosticati che quelli creduti tali e che non lo sono. — Una prova manifesta la danno quelli congeniti, i quali per molti anzi moltissimi anni, perchè leggerissimi, non danno verun segno di loro, eppure datano dal giorno della nascita. — Si racconta da varj Autori, e fra i quali dallo Smith e dall'Esmarck, stati da me tante volte citati, che un Medico inglese fece fortuna curando molti suoi malati e specialmente, malate, come se avessero un restringimento del retto; tanto che la malattia, quanto il medico, erano divenuti di moda. — Se quella di quei Signori e Signore era una monomania di andare tutti ad una data ora a farsi introdurre nell'ano, una candeletta era dall'altra parte una mariuoleria quella del Medico, che non andrebbe citata come errore di diagnosi.

Fra il fatto di un Medico che per lucro dà ad intendere che i restringimenti del retto sono una malattia endemica; una signora che ha semplice costipazione e che si fa introdurre una candeletta nell'ano e poi lo racconta al marito; un buon marito che dopo avere sentito raccontare dalla moglie il fatto va per leticare col medico, e questi arriva a persuadere anche lui di avere un restringimento e gli introduce una candeletta; ed il fatto di una diagnosi sbagliata sia per non avere riconosciuto un restringimento, sia per averlo diagnosticato quando non vi era, vi corre un abisso tale tra mezzo, che non vale la pena di discutervi sopra.

Però non illudiamoci troppo. — La diagnosi sarà difficile a farsi, o sarà possibile sbagliarla solo quando il restringimento si troverà nella prima porzione del retto, molto in alto, là dove, con i mezzi fisici che si hanno a disposizione nostra non vi si potrà arrivare.

È in questi casi che conviene ajutarci con gli stessi mezzi che siamo costretti adoprare nei casi di restringimento dell'esofago, dell'uretra. Non sarà più la guida intelligente del dito che ajuterà; non sarà più lo speculum che farà vedere; ma sarà sempre qualche cosa che ci dirà che in quel dato punto il calibro dell'intestino non è più normale. — Saranno

i dati etiologici che forniranno lume a completare la diagnosi. Però per farla si sarà sempre in migliori condizioni che per una malattia addominale; inquantochè l'esplorazione con la sonda non sarà dato di eseguirla che per il retto.

Pur troppo il restringimento può essere al di là del retto, e dare gli stessi fenomeni; allora però entreremmo nel campo delle ostruzioni intestinali, ed io non lo voglio per non dilungarmi di troppo, tanto più che uscirei allora dai limiti che mi sono stabiliti e cioè di parlare solo dei restringimenti del retto.

Nel caso che si tratti di una donna non va dimenticato che, per apprezzare tutti i segni fisici di un restringimento, abbiamo un'altro mezzo che non va punto trascurato, perchè di gran valore; e cioè il riscontro vaginale, cercando di sentire la coartazione intestinale a traverso le pareti della vagina.

Pur troppo conviene accontentarci di questo; e non bisogna lamentarci di troppo, tanto più che non ne viene danno veruno, quando non ci sia possibile raggiungere il restringimento e diagnosticarlo. — In tali casi non è permesso ricorrere a nessuno dei mezzi curativi proponibili pei restringimenti del retto; e tutt'al più, dato il fatto dell'ostinata e prolungata mancata funzionalità intestinale, forti dell'assioma *a mali extremi, extremi rimedj*, si potrà tentare un'estrema risorsa, e cioè cercare di dare uscita alle materie fecali per un'ano preternaturale, con quel metodo che si crederà migliore.

XIII.

DEL TRATTAMENTO SPECIFICO, DELLA CAUTERIZZAZIONE, E DELL'ELETTROLISI NELLA CURA DEI RESTRINGIMENTI DEL RETTO.

Eccomi finalmente arrivato all'ultima parte del mio compito, e voglio dire alla terapeutica. Tralascierò di parlare di tutti quei mezzi curativi destinati soltanto a modificare qual-

che sintomo del restringimento, e dirò subito di quelli che sono destinati a curarlo radicalmente, e voglio dire della medicatura specifica, della dilatazione, della cauterizzazione, della rettotomia, della estirpazione del retto, della colotomia. —

Sembrerà strano che io abbia messa in nota, e per la prima, la medicatura specifica. — Ma per non farlo, converrebbe cominciare da negare alcuni fatti, come quello di A. Guérin che con l'Joduro di Potassio ottenne la guarigione di un restringimento in via di formazione con ispessimento ed ulcerazione della muccosa; di Godebert che cita due casi di restringimenti rettali migliorati con gli specifici e la dilatazione progressiva; e di Vidal de Cassis che in una donna ottenne pure miglioramento con la cura mercuriale. —

Un'osservazione però da farsi, e che ho già accennata in altra occasione, è che il trattamento specifico nei restringimenti per sifilide giova soltanto da principio: e cioè quando la lesione è sempre ed unicamente sifilitica, e non ha cominciato a modificarsi in modo da divenire una lesione comune.

Mi si potrà dire che non vi sarebbe giust' appunto motivo di parlarne in quanto che il trattamento sifilitico non agisce che quando il restringimento non è formato, o per lo meno è al suo principio. — Ma non è valida per me questa ragione una volta che è ormai constatato che i sintomi tutti del restringimento ci erano, sebbene in grado non avanzato.

Da questo fatto che il trattamento antisifilitico non giova, se ne è voluta trarre la conseguenza che il restringimento, così detto sifilitico, non esiste; ma, come dice benissimo il Fournier, non è giusta quest'osservazione; in quanto che il restringimento è la conseguenza di una manifestazione sifilitica, come una cicatrice del fegato, del pari incurabile, è una conseguenza di una iperplasia gommosa.

Prima di parlare della dilatazione, che merita di essere studiata attentamente, conviene che dica due parole sulla cauterizzazione. —

Vi fu un tempo che la cauterizzazione era molto usata per i restringimenti del retto, come per quelli dell'uretra. — Sanson, Home, Robert, Richet, Nèlaton, hanno adoperata e consi-

gliata la cauterizzazione fatta col Nitrato d'Argento, e dicono di averne ottenuti dei vantaggi. — Qualcheduno si è fatto il detrattore di questo metodo, ed ha detto che non è da adottarsi giust' appunto perchè essendo la causa di restringimenti, non può giovare al punto da consigliarsi come mezzo terapeutico. Io credo che vi sia esagerazione tanto nei primi che nei secondi. — Il caustico può giovare, giust' appunto per distruggere qualche escrescenza, qualche ulcerazione, ed allora può combattere un restringimento al suo iniziarsi. Ma come mezzo radicale di vincere una coartazione intestinale non lo credo adatto; e per conseguenza è da mettersi da parte in confronto ad altri mezzi di maggior valore, e di certezza indiscutibile nei loro effetti.

Oggidì se conviene dire una parola della cauterizzazione è per non dimenticare un tentativo fatto dal Professore Lèon Le Fort di curare un restringimento con l'elettrolisi. Egli riferiva questo caso alla Società di Chirurgia di Parigi nella seduta del 19 febbrajo 1873.

« Si trattava di una donna di 30 anni, che aveva un restringimento situato ad 8 o 10 centimetri dall'ano, duro molto, e di natura non determinata. Il Prof. Le Fort fece costruire una canula di guttaperca contenente due fili di rame che uscivano al di fuori per un'estensione d'alcuni centimetri. Fu introdotta la canula nel restringimento, e poi i due fili furono messi in comunicazione con quattro elementi di una pila di Trouvè; l'altro polo della pila fu applicato sul ventre della malata. L'apparecchio fu tenuto in sito per quattro ore il primo giorno; e poi per quasi un mese durante le dieci o dodici ore della notte. Le applicazioni furono circa venti. Lo scopo che si era prefisso il Le Fort era di produrre delle piccole escare con i fili, e di dilatare con la canula di guttaperca. Ed infatti, quando, dopo un mese, la malata lasciò l'Ospedale, il restringimento permetteva liberamente il passaggio di un dito, ed erano cessati tutti i disturbi dovuti a quello. »

Dopo il caso del Le Fort io non ne conosco altri; e perciò è difficile poter formulare un giudizio assoluto su questo metodo.

Probabilmente Lèon Le Fort era stato condotto a mettere in uso tale modo di cura dell'elettrolisi, applicato alla terapeutica dei restringimenti rettali, qual'era stato proposto da Mallez e Tripier per quelli uretrali. — In ogni modo i risultati di questo metodo, per l'uretra, non sono stati certo molto buoni; e per conseguenza è da credersi che non vi sia da sperare di più per i restringimenti del retto.

XIV.

DELLA DILATAZIONE NELLA CURA DEI RESTRINGIMENTI
DEL RETTO.

La dilatazione è stata, fin da primo, il metodo di cura classicamente adoperato per la cura di qualunque restringimento. Era naturale che, come si mise in uso per l'uretra e per l'esofago, non si lasciasse da parte per il retto. — Prima di tutto conviene che venga divisa la dilatazione in lenta ed in brusca.

Già parlando dei mezzi di diagnosi ho detto abbastanza diffusamente della dilatazione, ed allora ho potuto emettere qualche mio concetto su di quella. Però questo non basta, e conviene per conseguenza che io ne intessa la storia completa.

Prima di tutto io, senza considerazioni di sorta, esporrò ciò che è stato detto e fatto in rapporto alla dilatazione, e, soltanto dopo, farò quella critica che credo sia necessario non trascurare.

Se dovessi dire di tutti coloro che hanno parlato della dilatazione non la finirei più; come pure sarebbe infinita la nota di quei mezzi proposti od adottati da questo e quello, per ottenerla. — L'arte ha contribuito molto a procacciare dei mezzi più o meno efficaci per raggiungere lo scopo; e così qualcheduno consigliò le candele comuni conosciute in commercio col nome di gomma o di caoutchouc, quali si usano per gli altri restringimenti, ovvero di cera, di avorio flessibile, oppure di sostanze suscettibili di dilatarsi con l'umidità, e cioè la spugna preparata,

la laminaria digitata, la corda di budello, etc. — Qualcheduno ha preferito, anzichè di adoprare una semplice candeletta, di servirsi di uno stuello composto di filaccia, e spalmato con qualche pomata adattata al caso, e così di belladonna se si trattava che vi fosse dello spasmo; della *metà* se il restringimento era stato caratterizzato come dipendente dalla sifilide. — Oggidì però tutti questi mezzi sono stati abbandonati, e si adopra per lo più una candeletta composta nello stesso modo di quelle che si usano per l' uretra, oppure in caoutchouc vulcanizzato, che ordinariamente si trovano in commercio di diverse dimensioni, ed in una scala completa. È certo che la canula da dilatare un restringimento del retto, deve sormontare maggior resistenza di quello che non offre un restringimento dell' uretra; ed è per questo che anche quando si adopra una candeletta di cera, questa è internamente rinforzata da un'altra candeletta di tela incerata o di caoutchouc.

È indispensabile, prima di accingersi alla introduzione di una candeletta, di ungerla molto bene; e qualcheduno consiglia anzichè di usare pomata semplice o lardo, di adoprare dell' unguento di belladonna, con l' intendimento che questo contribuisca a togliere od a diminuire lo spasmo che si ha ogni qual volta si cerca d' introdurre un corpo estraneo nel retto.

Come ho detto di sopra, la dilatazione si divide in lenta o progressiva; ed in brusca o forzata. Comincerò a dire della prima per poi parlare della seconda.

Per la dilatazione è necessario che la candeletta abbia una forma conica, e ciò per facilitare l' introduzione. Quando la dilatazione dev' essere lenta-progressiva, conviene che non abbia un calibro molto grande, e che sia introdotta adagio adagio in modo che quasi non si provi la sensazione di dover vincere una resistenza. È necessario non dimenticare in verun modo la disposizione anatomica del retto: e ciò per non incorrere nel guajo o di rompere l' intestino, o di credere di avere che fare, con un restringimento, mentre questo non esiste affatto.

Una quistione molto grave e molto discussa è sul quanto deve durare una seduta di dilatazione ed ogni quanto deve essere fatta. Vi sono delle opinioni disparatissime su questo pro-

posito; tanto che qualcheduno dice d'introdurre la candeletta tutti i giorni e di lasciarla per varie ore, come sarebbe ad esempio un'intera nottata, mentre che altri pensano che sia meglio introdurla ogni due o tre giorni, e lasciarla poco tempo, cioè circa dieci minuti, giust'appunto come si fa per l'uretra. Trèlat e Delens pensano, e con molta giustezza, che vi sia dell'esagerazione tanto nella proposta dei primi che dei secondi, e che sia molto meglio introdurla una o due volte per giorno, e mantenerla in sito un'ora o due al massimo. Esmarck la pensa nel modo stesso, appunto perchè teme molto dell'irritazione che può destare una candeletta lasciata nel retto per lungo tempo. —

Io dirò semplicemente, riguardo a questo, che qualunque discussione è superflua; perchè molto dipende dal malato, anzichè dal medico. È un fatto che quanto più si può tenere una sonda in un canale ristretto tanto più giova: ma a condizione però che non iriti di troppo, che non rechi dolore o molestia, che vi resti, senza destare delle contrazioni nocive. — Si aggiunga a tutto questo che vi sono dei casi nei quali la dilatazione è controindicata per sè stessa, ed *a fortiori* poi se s'intende di farla esageratamente tanto da tenere la sonda per più ore. —

Nèlaton, come dice nel suo Trattato di Patologia Chirurgica, consiglia di usare degli stuelli fatti di filaccia, bene unti con della pomata di belladonna e poi introdotti per tutta la notte nel retto. — Egli dice che si può e si deve aumentare gradatamente il calibro dello stuello, fino a tanto che non si è raggiunto un volume tale, da ottenere quella dilatazione che si reputa necessaria.

Come si vede la maggior parte degli Autori sono d'accordo nel ritenere che sia meglio, facendo una dilatazione lenta e progressiva, di tenere lo stuello o la sonda per un tempo relativamente lungo.

Quello però che non è da tutti ugualmente concordato si è dello strumento da adoprarsi. — Infatti Nèlaton, come si è veduto, pensa essere molto migliore usare lo stuello di filaccia;

qualchedun' altro invece una sonda vera e propria, od in cera oppure in caoutchouc.

Prima di entrare in discussione su quale sia il migliore agente dilatatore, è necessario che io parli pur' anco dei principali strumenti proposti ed adottati dai varj Chirurghi, e che accenni ancora a cosa si è pensato e si pensa sulla dilatazione brusca. La scelta dello strumento verrà consecutivamente.

Il Tanchou, nella sua Memoria sui Restrighimenti dell' Uretra e del Retto, stato da me citato, accenna ad una Memoria del Constallat (1), che non ho potuta ritrovare, sopra un nuovo metodo di dilatazione: per cui sono costretto ad attenermi a ciò che dice il Tanchou. Il Constallat avrebbe proposto di adoprare una specie di fodera in *baudruche*, nella quale introdurrebbe della filaccia. — Tanchou stesso ha adoprato qualche volta un dilatatore a camicia, alla pari di Arnolt e di Bermond da lui citati. —

Tanchou preoccupandosi del fatto che qualche volta non si passa il restringimento con facilità, ma s' incaglia, pensò di far passare, per una canula che fa da porta-stuelli, costituita da un tubo metallico che lascia libera uscita ai gaz intestinali, un filo d'argento munito di una palla alla sua estremità, che deve servire come di uno specillo per sormontare l'ostacolo avanti d'introdurre lo stuello.

Il Bushe (2) adoprava una sonda terminata con un'oliva, giust' appunto come sarebbe una sonda di quelle che si adoprano per i restringimenti dell'esofago. Aveva principalmente lo scopo di raggiungere in tal modo i restringimenti situati molto in alto, e nel tempo stesso che con l'oliva agiva sul restringimento, di non irritare o molestare le altre porzioni del retto, che erano costrette a sopportare soltanto una sonda di piccolo calibro. —

Moltissimi hanno consigliato ed adoprato una sonda che

(1). CONSTALLAT — *Essai d'un nouveau methode de dilatation particulièrement appliqué au rétrécissement du Rectum.* — Paris, 1834.

(2). BUSHE — *A Treatise on the Malformations, Injures and Diseases of the Rectum and Anus.* — New-York, 1837.

alla sua estremità avrebbe una vescica, la quale si può rigonfiare o con l'aria o con liquido appena arrivati in corrispondenza del restringimento. — Taluno, anzi, ha voluto fare agire anche una pressione più o meno forte sul restringimento, facendo comunicare la sonda con un recipiente ripieno di acqua e collocato ad un'altezza più o meno elevata.

Diciamo adesso due parole sulla dilatazione forzata. Il nome stesso lo dice: si vuole in una sola seduta vincere quell'ostacolo, pel quale con la dilatazione lenta sarebbero necessari molti giorni. — Fu Cooper-Astley quegli che pel primo l'adopò; cita fra gli altri il caso di una Signora, che dovendosi maritare, e non volendo che il marito sapesse da quale malattia era tormentata, si assoggettò a farsi introdurre, due volte per settimana, uno speculum bivalve che dilatava forzatamente: dopo un mese la Signora era guarita e prese marito. — Un altro caso sarebbe pure quello di una Signora che aveva un restringimento che non permetteva neppure il passaggio di una sonda da donna, e che con varie tanaglie da cistotomia di diversa grandezza, potè bruscamente dilatare ogni due o tre giorni fino a guarigione completa. —

Era naturale che, dato il caso di poter fare una dilatazione forzata, l'arte intervenisse e cercasse del suo meglio per raggiungere il suo scopo e potere in qualche modo perfezionare il metodo. Ed infatti Charriere, Weiss, Nèlaton, Demarquay, fecero costruire dei dilatatori speciali. — Quello del Nèlaton è curvo per potere agire molto in alto, e di più è graduato nell'impugnatura, in modo che si può costantemente vedere di quanto le branche dello strumento si sono dilatate.

Qual'è il valore della dilatazione? Qual'è da preferirsi: la lenta, o la brusca?

È certo che la dilatazione ha i suoi pregi; ma ha dei difetti che sono insormontabili. — Il pregio maggiore è quello che quando la dilatazione venga fatta con tutte le regole, e con tutte le cautele possibili non è pericolosa, e può portare la guarigione. — Il difetto massimo è quello che in alcuni casi, e cioè dove vi è ulcerazione, non si può adoprare in verun modo, secondo quello che dicono tutti gli Scrittori su quest'argomen-

to, e perchè talora per quanto ripetutamente applicata lascia il restringimento tale e quale era.

Ho detto che la dilatazione, per non divenire pericolosa, conviene che venga fatta con tutte le regole e le cautele possibili. — Ed infatti bisogna evitare che i tessuti sieno infiammati ed irritati, e che il retto sia convenientemente preparato con dei clisteri. — Io penso che abbiano torto coloro che vogliono ripetere troppo spesso le sedute di dilatazione; come pure che sieno in inganno quando pensano di giovare al malato introducendogli una sonda nel retto, lasciandovela poi per delle ore, ed anche un' intera notte. — Sono d' avviso che la dilatazione, al massimo, debba farsi una volta per giorno; e che la sonda non debba rimanere nel retto per più di mezz' ora: perchè temo che facendo altrimenti si iriti fortemente tutto il retto, e che si dèstino delle contrazioni e dello spasmo molto nocivi.

Io sono contrarissimo alla dilatazione forzata nel vero senso della parola; non sono partigiano della dilatazione lenta. Lasciamo pure da parte adesso il caso se sia da preferirsi un'altra cura, anzichè la dilatazione. Conviene in questo momento, ammettere soltanto che la dilatazione sia l'unico modo di cura possibile. L'altra ipotesi sarà fatta in un'altra occasione.

È un fatto che se vi sono dei restringimenti che non si lasciano in verun modo vincere dalla dilatazione, ve ne sono di quelli che appena introdotta una candeletta, questa dopo pochi istanti vi resta libera completamente. È già una cosa accertata che i restringimenti i più insormontabili, spesso alla necropsopia, sembrano di minor grado: di tanto è aumentato il lume dell' intestino in confronto di quello che era in vita. — Ciò vuol dire che il restringimento ha tendenza a cedere. Ora non capisco come non si debba quì, come per l' uretra, come per l' esofago, vincere quel restringimento rapidamente invece che a poco a poco. — E si avverta che ho detto rapidamente e non bruscamente, perchè vi faccio una grande differenza. — Se dilato bruscamente è una divulsione che vengo a compiere; se dilato rapidamente è una semplice dilatazione sempre, perchè dilato solo fino a quel punto che i tessuti me lo

permettono, senza lacerarsi, come avviene nella brusca. Gli studi fatti dal Corradi qui da noi sui restringimenti dell' uretra sono tali che serviranno sempre di guida e di norma ogni qual volta si debba studiare sui restringimenti di qualche canale. Ed infatti è su questi stessi precetti che si fondò il Dottor Del Greco (1) quando studiò i restringimenti dell' esofago. — Io non intendo affatto qui di ripetere ciò che dice il Corradi nella sua Memoria, e ciò che più tardi raccolse dalle sue Lezioni il Dott. Celso Pellizzari (2), perchè non è questa l' occasione di prendere in esame dettagliato quei lavori. Basti che io dica che il Corradi ha veduto: 1.^o che quasi tutti i restringimenti uretrali, se non sono stati sottoposti precedentemente all' ordinario metodo dilatante, cedono alla dilatazione rapida; 2.^o che le alterazioni più gravi, che resistono a qualunque cura, si rinven- gono in quelle uretre che furono sottoposte per mesi e per anni alla dilatazione con le candelette, che così non arriverebbero ad altro che irritare l' uretra.

Io sono certo che segue lo stesso per i restringimenti del retto. Infatti cosa vediamo? Che un Chirurgo va avanti dei mesi e degli anni dilatando in un modo od in un' altro sempre lentamente, sempre lasciando l' agente dilatante per molte ore, e che dopo lungo tempo non ha ottenuto niente, o ben poco, e che restano sempre tutte le molestie del restringimento. — Del pari si vede, studiando bene i casi raccolti, che quando è passato molto tempo che si fa la dilatazione, questa non giova più a nulla, e l' intestino resta alterato.

È per tali considerazioni che io sono d' avviso che debbano essere abbandonate, e dilatazione lenta e dilatazione brusca; e che nei casi nei quali la dilatazione deve essere fatta sia la dilatazione rapida quella da adottarsi. Già qualche caso si potrebbe citare in appoggio di questa mia idea, in quanto che basta studiare le storie di Astley-Cooper per convincersene.

(1). DEL GRECO — *Contributo allo studio ed alla cura dei Restringimenti dell'esofago.* — Lo Sperimentale. Dicembre 1877.

(2). PELLIZZARI CELSO — *Della pratica tenuta nella cura dei Restringimenti uretrali dal Prof. Giuseppe Corradi.* — Lo Sperimentale. 1877.

— Quella che Astley-Cooper faceva, non era una dilatazione brusca come la chiamano gli Autori; era una dilatazione rapida; e ne ottenne dei vantaggi che nessun'altro Chirurgo si è mai sognato di ottenere con la dilatazione lenta. — La dilatazione brusca è quando tutto si vuole ottenere in una volta, e si lacerano i tessuti; e Cooper non lacerava, e ripeteva le sue sedute.

Adunque per me propongo la dilatazione rapida — a quel mo' che il Prof. Giuseppe Corradi la propose per i restringimenti dell' uretra — per la cura dei restringimenti rettali. — E ripeto una volta ancora che perchè sia unicamente rapida e non brusca, e conseguentemente perchè non sia pericolosa, conviene che si abbia la precauzione di dilatare sino a quel punto che i tessuti si lasciano dilatare; che la seduta non sia prolungata, che non sia frequente.

È certo che, affinchè la dilatazione rapida sia eseguita bene conviene che si usino degli strumenti adatti. — Non sono di sicuro le comuni candelette, le sonde già descritte, quelle che giovano e che sono utili al caso. — Però se si ripensa un po' che le candelette ad oliva proposte dal Bushe erano quelle, che a parere degli Scrittori avevano resi maggiori servigi quando non si era voluta adoprare una sonda conica, è a quelle che potremmo dare la preferenza; tanto più che l'idea dell'oliva suggerisce che per i restringimenti dell' uretra e dell'esofago il Corradi adopra delle olive poste accanto l'una all'altra, ed aumentando sempre di volume. — In una parola il dilatatore a corona. — Quando avessimo proporzionato il volume delle olive al calibro dell' ano, come fu fatto quando si volle fare il dilatatore dell'esofago, avremmo uno strumento adatto. — Dopo, una candeletta fatta di tessuto come quelle dell'uretra, servirà benissimo al caso nostro.

Pur troppo questa mia proposta non ha l'appoggio di molti fatti clinici, non avendo che i casi del Cooper che più vi si avvicinano, e le idee professate dal Corradi, che sono quelle state riconosciute le più giuste nello studio dei restringimenti.

Ed infatti se per un momento si pensa alle analogie che vi sono fra i restringimenti dell'uretra, dell'esofago e del retto;

ai vantaggi che questo metodo di cura ha portati nei primi due casi; ed ai servigi che il dilatatore a corona ha reso, sia per l'uretra che per l'esofago, sono certo che questa idea non sembrerà strana, e che troverà appoggio.

Prima di chiudere questo Capitolo due sole parole intorno all'enteroclismo. — Il Prof. Cantani (1) quando proponeva l'enteroclismo, diceva che era utile anche nell'occlusione intestinale, per stenosi dell'intestino. — Più tardi dell'enteroclismo ne è stato molto parlato, e fu adoprato da me (2), nuovamente dal Cantani (3), dal De Dominicis (4), dal Paolucci (5), dal Perli (6), dal Pera (7).

Io, confesso il vero, che sono partigiano dell'enteroclismo, dopo i risultati che vidi nel caso di un mio malato, sebbene avvenisse la morte; ma pur tuttavia non credo che possa giovare quando si tratti di grave stenosi, perchè non comprendo in modo veruno il suo modo di azione. — Se mi si vorrà dare come un palliativo, che agisca meglio di un clistere qualunque per ottenere un'evacuazione, l'accetto e di gran cuore; ma come mezzo curativo e radicale perchè porta la dilatazione dell'intestino, e conseguentemente del restringimento; no!

(1). CANTANI — *Le indicazioni dell'enteroclismo nelle malattie intestinali.* — Il Morgagni. Aprile 1878.

(2). CECCHERELLI — *L'enteroclismo in un caso di occlusione intestinale.* — Lo Sperimentale, 1878. Pag. 522.

(3). CANTANI — *Due casi di vomito d'olio dopo l'applicazione dell'olio per l'ano mediante l'enteroclismo.* — Morgagni 1879. Pag. 241. e. *Due nuove indicazioni dell'enteroclismo. (Alimentazione e dissetamento per l'ano. Disinfezione dell'intestino).* — Morgagni 1879. Pag. 246.

(4). DE DOMINICIS — *L'enteroclismo nella dissenteria.* Morgagni 1879. Pag. 251. e: — *Un ernia strozzata per intasamento di feccie, ridotta per mezzo dell'enteroclismo.* — Morgagni 1879. Pag. 428.

(5). PAOLUCCI — *L'enteroclismo in un caso di diarrea cronica* — Morgagni 1879. Pag. 254.

(6). PERLI — *Occlusione intestinale avvenuta in seguito ad una caduta e curata con l'irrigazione di olio per mezzo dell'enteroclismo.* — Morgagni. 1879. Pag. 253.

(7). PERA — *Contribuzione clinica alla cura delle malattie intestinali per mezzo dell'enteroclismo.* — Morgagni 1879. Pag. 256.

XV

DELLA RETTOTOMIA NELLA CURA
DEI RESTRINGIMENTI DEL RETTO.

La rettотомia, se non è un metodo del tutto nuovo, è un fatto che è stato perfezionato da pochissimo tempo, ed è in gran voga solo adesso.

È superfluo rammentare tutti coloro che ne parlarono fino ad oggi, e basterà citare quelli che in un modo od in un'altro portarono delle modificazioni al Manuale operatorio.

Ma prima di tutto conviene intendersi un po' su questa rettотомia. — Pinguet nella sua tesi che ho ricordata varie volte, divide i processi di rettотомia in tre, e cioè: rettотомia esterna, interna e lineare.

La rettотомia esterna è quella che cerca di incidere le parti molli posteriormente, in modo da raggiungere il restringimento ed inciderlo di dentro in fuori e di basso in alto.

La rettотомia interna si compie introducendo un bistoury bottonato, ed incidendo.

La rettотомia lineare si eseguisce con lo schiacciatore dello Chassaignac.

Vediamo un po' quale è il loro valore, i loro pregi, i loro difetti.

La rettотомia interna, che è la più antica di tutte, è pur'anco la più semplice. — È un coltello bottonato che basta per raggiungere lo scopo di incidere nel punto che si crede il più adatto. — E di più si può fare agire lo strumento solo quando siamo sicuri di essere arrivati al punto voluto: inquantochè vi è sempre la guida del dito che dà cognizione di tutto ciò che si trova alla sua portata. Certamente per la rettотомia interna è indispensabile, assai più che per gli altri processi, la condizione che il restringimento sia tanto basso da essere raggiunto dal dito, e dallo strumento. — Qualche Chi-

urgo ha cercato di sostituire al coltello uno strumento speciale. — Stafford (1) nè inventò uno, ed ecco come descrive il caso nel quale l'adopò.

« Una donna di 31 anno, che da dieci anni aveva una fistola all'ano, e da due anni provava dei disturbi seri alla defecazione ricorse al medico, il quale da primo fece la dilatazione con le sonde. Dopo qualche poco di tempo che le cure erano cessate, il miglioramento ottenuto sparì completamente e venne chiamare nuovamente il medico. Stafford trovò una briglia, due pollici al disopra dell'ano, che permetteva a stento il passaggio di una candeletta del numero dodici. Dopo tre mesi di nuove cure dilatanti, non avendo ottenuto alcun miglioramento fu convenuto di eseguire la rettotomia. Lo strumento dello Stafford consisteva in un'asta della lunghezza di circa otto pollici, leggermente curvata, che racchiudeva una lama a semi-luna che poteva essere spinta al di fuori. Fù introdotto lo strumento nel retto, e appena che ebbe traversato il restringimento fece uscire la lama rivolta posteriormente, in modo da dividere la parete posteriore del retto e la porzione di briglia che vi corrispondeva. Allora fu possibile con il dito medio passare a traverso del restringimento in modo che fu potuta introdurre ancora una sonda dello stesso calibro e tenerla per mezz'ora. Tutto procedeva benissimo, quando ad un tratto sopraggiunse un'eresipela della faccia, ed avvenne la morte entro cinque giorni. Alla necropsia fu trovata la cicatrice della ferita fatta che era visibilissima, e ricoperta di una membrana analoga a quella che tappezza tutto l'intestino. »

Oltre lo strumento proposto dallo Stafford, ve ne sone altri come sarebbero quelli di Richèt, Amussat — Non infrequentemente è stato adoperato anche un'catetere nascosto, di quelli che si usano per la cistotomia.

(1). STAFFORD — *De l'incision dans les cas de Rétrécissements du Rectum*, — Gazette Médicale de Paris. 1839. Pag. 363; e: The — Edinburgh medical and surgical Journal.

Un precetto stato dato da tutti i Chirurghi ogni qual volta si vuole eseguire una rettotomia, è quello di incidere posteriormente; e ciò perchè anteriormente vi è da temere di ledere l'uretra o le vescichette seminali od il peritoneo, o la prostata; lateralmente le arterie emorroidali e così avere un'emorragia difficile a frenarsi, non essendo possibile di dominare il punto da dove viene il sangue. —

Fatta la rettotomia interna è necessario fare seguire all'atto operatorio la dilatazione, e ciò per impedire la riunione dei margini della ferita, e di più per mantenere l'intestino dilatato come si vuole. —

Per andare cronologicamente conviene dire della rettotomia lineare — Fu Verneuil (1) che nella Seduta del 16 Ottobre 1872 alla Società di Chirurgia di Parigi, espose questi suoi studj — Egli diceva che la sezione del retto e dell'ano, poteva farsi o col coltello dal di dentro al di fuori, oppure con lo schiacciatore lineare penetrando nel retto dall'esterno, e che conveniva incidere il retto, l'ano ed il restringimento, in tutto il loro spessore. — In una parola non si tratterebbe nella rettotomia lineare di incidere il restringimento soltanto, ma sezionare tutto, compreso lo sfintere. — È un fatto che la rettotomia lineare non può adoprarsi altro che nei restringimenti situati molto in basso a causa della grande estensione che deve prendere l'incisione; che a differenza di quello che accade nell'uretrotomia esterna e nell'esofagotomia esterna — con le quali operazioni è stata trovata una certa analogia — interessa anche la porzione di intestino che è al di sotto del restringimento, e che per conseguenza è sano. —

Il Verneuil, nel proporre e nell'eseguire questo processo operatorio, gli attribuiva dei pregi, dovuti specialmente a che metteva in condizione di dominare un'emorragia, ed allargava moltissimo il campo della operazione. —

Se il Verneuil espose questo processo alla Società di Chi-

(1). VERNEUIL — *Des rétrécissements de la partie inférieure du Rectum et de leur traitement curatif o palliatif, par la rectotomie verticale a l'aide de l'écraseur linéaire.* — Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris 1872. — Séance du 16 Octobre.

rurgia nel 1872, lo aveva però adottato sino dal 1863, e dopo di lui anche Nèlaton, Panas ed altri lo avevano eseguito. — Il Verneuil, a quel che dice, ha fatta la rettomia lineare 10 volte, e cioè in quattro restringimenti con fistole anali numerose ed indurimenti profondi di tutto il cellulare peri-rettale; in un restringimento con fistola antica e flemmone recente; in un restringimento semplice in corrispondenza dell'unione dell'ampolla con la regione anale; in un restringimento semplice con fistole, operato due volte con buon esito; in tre cancri dell'estremità inferiore del retto. — Nei quattro primi operati due guarirono radicalmente, e due migliorarono da prima, e dopo un anno si riprodusse il restringimento. — Nel caso con fistola e con flemmone avvenne la guarigione completa, alla pari di quello con fistola operata due volte, e di quello di restringimento situato molto in basso. Nei tre casi che si trattava di cancro, la rettomia fu un utile palliativo. —

Il Dott. Panas (1) che aveva eseguita due volte quest'operazione ebbe un successo ed un'insuccesso.

Il Dott. A. Muron (2) in una Rivista che fa della rettomia nella Gazette Médicale di Parigi, dice che la rettomia lineare, metodo nuovo, costituisce una risorsa molto grande per la guarigione dei restringimenti fibrosi dell'estremità inferiore del retto — Avrebbe i pregi di offrire all'operatore un processo razionale ed utile, e praticata presto preverrebbe la formazione di tramiti fistolosi. —

Il Verneuil consiglia, quando vi è la complicità di fistole, d'incidere ancora queste, e di medicare con delle compresse imbevute in acqua semplice, oppure leggermente clorurata o fenizzata.

Continuando la discussione alla Società di Chirurgia sui restringimenti del retto, il Dott. Panas (3) nella Seduta del 27

(1). PANAS — Gazette des Hôpitaux. Octobre, Novembre e Décembre 1872.

(2). MURON — *Des rétrécissements de l'extrémité inférieure du Rectum, et de leur guérison par la rectotomie linéaire.* — Gazette Médicale de Paris. 1873. Pag. 6.

(3). PANAS — Société de Chirurgie, 1872.

Novembre, fece una Comunicazione sul trattamento curativo dei Restringimenti del Retto con la rettotomia esterna — Egli diceva che alcuni restringimenti esigono immediatamente la diresi, perchè troppo resistenti, troppo induriti per cedere alla dilatazione, oppure troppo sensibili per potersi dilatare prolungatamente. — Facendo un po' di storia, soggiungeva che nel 1865, il Nèlaton, in un restringimento fibro-plastico, tagliò col coltello tanto il restringimento quanto lo sfintere fino al cocci-ge, ed ottenne un miglioramento notevole.

Fù nel 1867 che Panas, in un restringimento sifilitico duro e molto doloroso, cloroformizzò il paziente, e dipoi introdusse un bistoury bottonato con la guida del dito, incise posteriormente verso il coccige le parti molli, mise allo scoperto il restringimento, e con lo stesso bistoury v' introdusse per qualche giorno una canula di due centimetri di diametro, e così potè ottenere una guarigione che durava anche dopo due anni. —

Nel 1872 ripeté per una seconda volta quest'operazione; e e se l'esito immediato fu buono, non lo fu del pari consecutivamente, inquantochè a causa delle cattive condizioni generali, dopo qualche mese avvenne la morte.

Per il Panas la rettotomia esterna costituirebbe un' operazione efficace, poco grave e migliore della rettotomia interna.

Il Panas aveva fatta la sua comunicazione in seguito a quella del Verneuil. — Era naturale che ne sorgesse una discussione. Verneuil diceva di essere d'accordo col Panas, ma che preferiva lo schiacciatore al coltello, a causa dell'emorragia; e perchè il coltello espone assai di più alla linfoangite od alla eresipela. Giust'appunto per questi motivi adoprava lo schiacciatore anche nei casi di fistola all'ano. Di più, soggiungeva, che il coltello avendo il difetto, andando a cadere su tessuti duri, di slargarli poco, conviene mettere dei tamponi e delle canule. —

A questo proposito il Dèspres diceva che in ogni modo il restringimento fibroso non guarisce, e perciò se non si vuol perdere quello che è stato guadagnato, conviene dilatare sempre.

Il Panas, replicando al Verneuil, soggiungeva che lui cercava di evitare l'emorragia, e raggiungeva lo scopo procurando

con l'incisione di sorpassare appena appena i confini del restringimento, ed incidendo posteriormente e sulla linea mediana. — In quanto alla necessità di fare la dilatazione, diceva che in ogni modo bisogna farla anche se si opera con l'*écraseur*, e che convien pensare che adoperando questo strumento è giuocoforza comprendere nell'incisione tutto lo spessore dell'intestino. —

Il Verneuil, rispondendo a Panas ed a Dèspres, accennava che ad ogni modo registrava due casi d'individui operati da otto e da nove anni, nei quali non aveva fatta la dilatazione, e pur tuttavia aveva ottenuta una guarigione, ancora persistente dopo tanto tempo. Soggiungeva infine, che non poteva discutere sulla gravità della rettomia in confronto con quella della dilatazione, una volta che si registrano delle morti anche con la dilatazione. —

Nell'Adunanza del 18 Dicembre 1872, continuando la discussione, il Prof. Trèlat diceva che in cinque casi di restringimenti aveva una volta usata la dilatazione brusca e che ebbe a pentirsene, perchè sopraggiunsero degli ascessi; e che negli altri quattro casi usò sempre dei mezzi palliativi. — Del resto si dichiarava partigiano delle idee di Verneuil e di Panas.

Il Dèspres proseguiva ancora nella discussione: 1° per dire che era favorevolissimo alla dilatazione lenta e progressiva quale l'adopravano Desault e Boyer, fatta con tamponi e canule, perchè si evitano degli accidenti, e perchè per i risultati che ne aveva ottenuti in 12 casi credeva di avere il diritto d'essere di questa opinione; 2° per dichiarare che i casi di Verneuil e di Panas non avevano valore, perchè conviene aspettare degli anni per esser certi di una guarigione. Io davvero non so con quanta serietà il Dèspres emettesse questa opinione, una volta che Verneuil dice che due suoi operati guariti, datavano da otto o nove anni. Non so cosa pretende di più il Dèspres! — Forse, per il suo spirito di contradizione in tutto, necessiterebbe qualche secolo di prova, e poi non sarebbe contento!!!

Nell'Adunanza del 26 Febbraio 1873, il Dott. Forget riprendendo la discussione sui restringimenti diceva che la rettomia interna, fatta con un bistoury bottonato, dal di dentro

al di fuori, e mercè la guida del dito del Chirurgo che ne regola la direzione, era stata molto eccezionalmente eseguita dal Nèlaton, e che Panas ne imitò l'esempio; Verneuil invece preferisce la rettotomia esterna fatta con l'*écraseur* dello Chassaignac, che è un'operazione lunga, difficile, e che dà luogo ad un forte traumatismo. Il Dott. Forget soggiungeva che consultando ciò che dicevano e facevano Desault, Pètit, Boyer, Dupuytren, Roux ed altri, e prendendo consiglio anche dalle sue proprie osservazioni, credeva di poter ritenere che Verneuil in questa circostanza era troppo assoluto, e che prima di risolvere il problema terapeutico, è necessario di prendere in considerazione gli elementi tutti del tema dei restringimenti del retto. Il Dott. Forget aggiungeva ancora che, pure ammettendo la necessità di operare presto, non può essere così di punto in bianco messa da parte l'incisione intra-rettale dei tessuti morbosi, seguita dall'introduzione di stuelli, e sostituirgli la rettotomia esterna che è un'operazione tanto difficile.

Il Prof. Verneuil il 5 Marzo 1873 terminava la discussione dicendo che non rigettava affatto gli antichi metodi, che avevano dati dei buoni risultati, ma soltanto doveva osservarsi che la loro efficacia era limitata semplicemente ai casi leggeri, e che nei gravi riuscivano soltanto come palliativi e qualche volta ancora dannosi. Riconosceva che la rettotomia è un'operazione laboriosa, difficile, specialmente quando il restringimento è molto forte e molto in alto; ma è bensì vero [che le conseguenze sono relativamente benigne, tanto che non è stato fino ad ora riscontrato alcun caso di morte, mentre che la dilatazione ha avute le sue sconfitte. Di modo che concludeva il Clinico dell'Ospedale della Pitié di Parigi, che i metodi antichi devono essere conservati come palliativi e per i casi leggeri; mentre che la rettotomia esterna dev'essere riserbata nei casi gravi, e quando gli altri metodi riuscirono inefficaci.

Ho prescelto di unire alla descrizione dei metodi anche la discussione che fu fatta in un Consesso di Chirurghi, perchè così si sono rese note anche le varie opinioni professate su quello. —

Nell' anno 1878 il Prof. Trèlat (1) faceva all' Ospedale della Charité una Lezione sui Restrangimenti Sifilitici del Retto e sulla Rettotomia eseguita con un nuovo processo operatorio.

Il caso che fornì l'occasione al Prof. Trèlat di dettare la sua lezione e di sperimentare il suo nuovo processo di rettotomia, era il seguente:

« Si trattava di una donna che nel 1873 aveva dovuto subi-
 « re un'operazione al retto per estirpare dei condilomi; e ne
 « era rimasta una cicatrice lineare, allungata e parallela ad una
 « delle ripiegature dell'ano. Sopraggiunsero più tardi tutti i sin-
 « tomi di un restringimento dovuto ad un sifiloma ano-rettale,
 « secondo le idee del Fournier. Fù usata la cura antisifilitica,
 « che riuscì efficace da prima, ed inutile consecutivamente, per-
 « chè si ebbe un progressivo peggioramento. Fù allora che il
 « Prof. Trèlat si accinse a fare la rettotomia, ed ecco come:
 « prese un'asta d'acciajo solida, sormontata da una specie di na-
 « vicella mobile ed appuntata, munita di un filo, e la introdusse
 « parallelamente al retto, e al di dietro di questo condotto sino
 « ad otto centimetri dall'ano circa, cioè al disopra del restrin-
 « gimento. Bastò allora imprimere un leggero movimento a si-
 « nistra dell'istrumento per dirigere la sua punta verso l'asse
 « del retto e perforare la sua parete, e così portare la navicella
 « nella cavità del retto al di sopra del punto ristretto. Allora
 « per afferrare la navicella introdusse per il retto un'asta di ac-
 « ciajo, munita di un piccolo telaio che fissava un pezzetto di
 « caoutchouc. Questo strumento aveva l'aspetto di uno specchiet-
 « to da laringoscopia, salvo che allo specchio era sostituito il
 « caoutchouc. La navicella, dopo di avere perforata la parete ret-
 « tale, veniva ad infiggersi dal basso in alto nella membrana
 « elastica, e vi restava fissata tanto solidamente, che ritirando
 « l'asta introdotta pel retto veniva fuori anche un'ago munito di
 « filo. Come diceva il Trèlat, in questo modo era risoluto il pro-
 « blema di agire sempre su di un piano assolutamente parallelo
 « a quello del retto. Al filo vegetale sostitui immediatamente

(1). TRÉLAT — *Le rétrécissement syphilitique du Rectum. — Rectotomie par un procédé nouveau.* — Le Progrès Médical. 1878. N.º 25. Pag. 473.

« l'ansa di platino di un galvano-cauterio. Il 19 aprile l'opera-
 « zione fu eseguita, senza avere la minima effusione sanguigna.
 « Il 28 aprile sopraggiunse una polmonite a destra, complicata
 « da eresipela della faccia, il cui punto di partenza era un'am-
 « pia ulcerazione specifica delle fosse nasali. La malata morì il
 « dì 8 maggio, senza aver presentato verun accidente locale con-
 « secutivo alla rettотomia. Fatta la necropsopia, fu trovato che
 « il restringimento era stato sbrigliato sufficientemente, e che la
 « ferita era in via di riparazione. »

Cosa si pensa della rettотomia dai varj Chirurghi? Jobert de Lamballe (1) diceva che l'incisione è un mezzo cattivo ogni volta che il restringimento dipende da una produzione nuova.

Il Dussausay (2) curò un restringimento del retto con un taglio di circa 4 centimetri dell'apertura anale, fatto con l'*écraseur*. — Ci fù minaccia di un nuovo restringimento dopo l'operazione, che fu scongiurata con l'applicazione di tamponi di filaccia per impedire la cicatrice della ferita, che era quella che faceva temere il nuovo restringimento.

Il Dottor Fochier (3) praticò in due casi di restringimenti del retto la rettотomia lineare, a mo' del Verneuil, con l'*écraseur* dello Chassaignac. — Una volta si trattava di restringimento per cancro del retto; ed un'altra, come dice l'Autore, per infiammazione cronica da causa sifilitica (?!). Le incisioni furono fatte lunghe dai 9 ai 10 centimetri, ed il risultato fu buono.

Il Dottor Tison (4), in una sua Tèsi sulla rettотomia lineare, descrive otto casi nei quali il Verneuil eseguì quest'operazione. — Esposti questi, fa una piccola statistica di 22 casi

(1). JOBERT DE LAMBALLE — *Traité thèorique et pratique des maladies chirurgicales du Canal Intestinal*. — Tome Premier — Paris 1829.

(2). DUSSAUSAY — *Rètrécissements du Rectum*. — Gazette de Hôpitaux. N.º 129 e 131. 1875.

(3). FOCHIER — *Sur l'application de la rectotomie lineaire aux rètrécissements très étendus du Rectum*. — Lyon Médical 1876. N.º 8.

(4). TISON — *Nouvelles considerations sur la rectotomie linèaire*. Thèse. — Paris. 1877.

di restringimento canceroso curati con questo mezzo, e dice che 12 guarirono radicalmente, e ne morirono 2 soltanto, uno dei quali per erisipela, e l'altro per peritonite; mentre che la rettотomia esterna aveva data la morte tre volte su sei.

Il Dott. John Gay (1) racconta di un'escisione di restringimento canceroso del retto. — Cito per titolo di storia Cantab (2), Cèron (3), Wagstaffe (4), Heat (5), che parlarono dei restringimenti e della rettотomia abbastanza dettagliatamente.

Il Dottor Frank Dudley-Beam (6) in una sua Memoria, dopo avere esposto un caso di restringimento sifilitico del retto nel quale fece la rettотomia lineare-anteriore, dice che la rettотomia lineare antero-posteriore è indicata nei casi di restringimenti fibrosi, cicatriziali, sifilitici o cancerosi, quando non lasciano passare una sonda del numero 4 della filiera inglese delle sonde rettali, se sono situati a due pollici, ed al massimo a quattro pollici, se si tratta di una donna. — Soggiunge che quando il restringimento è in vicinanza dell'ano, l'incisione posteriore deve risalire al di sopra del punto malato. — La rettотomia lineare-posteriore è indicata nell'uomo, nei casi di restringimento canceroso, quando la salute generale è alterata a causa delle difficoltà della defecazione, in quanto che in questa specie di restringimenti la rettотomia è di gran lunga migliore, e meno dannosa della colotomia lombare.

Pinguet nella sua tesi si dimostra favorevolissimo alla rettотomia lineare.

(1). GAY — Britisch medical Journal. 1879. 14 Juni.

(2). CANTAB — *Restringimento fibroso del retto con fistola. — Prova infruttuosa di dilatazione e incisione di tutti i tessuti sino alla fistola.* — The Lancet. Vol. I. 1878. pag. 788.

(3). CÈRON — *Nouveaux faits pour servir à l'histoire de la rectotomie linéaire.* — Thèse. — Paris 1875.

(4). WAGSTAFFE — *Restringimento del retto; incisione; vomiti, etc.* — Medical Times and Gazette. Jan: 1873: N.º 1. pag. 8.

(5). HEAT — *Lectures on diseases of the Rectum.* — The Lancet. 24 Maj 1873. T. I. pag. 725.

(6). BEAM — *Case of specific structure of the Rectum; antero-posterior linear rectotomy; Recovery. Remarks on the operation.* — American Journal, pag. 382. 1878.

Come si vede, la rettотomia è il mezzo più efficace di cura dei restringimenti e corrisponde perfettamente alla uretrotomia ed alla esofagotomia nei restringimenti dell'uretra e del retto. — Ma non è qui il momento più opportuno per discutere sulla maggiore o minore efficacia del metodo, giacchè è un compito quello da riserbarsi per la fine di questa Memoria. — L'importante per me, adesso, è di studiare e di ricercare qual'è il processo migliore.

Tre sono i metodi: e cioè l'interno, l'esterno, il lineare. — Discutiamoli un poco. La rettотomia lineare ha questi due scopi che vuol raggiungere: evitare l'emorragia e per ciò conviene adoprare lo schiacciatore; squarciare nel tempo stesso la fistola, o le fistole, che complicano il restringimento. — Messa la quistione in questi termini, ne viene come logica conseguenza che la rettотomia lineare dovrebbe riserbarsi solo per i casi gravi, complicati. — E questa è pure l'opinione del Verneuil. — Ma quello che dico io è questo: siamo autorizzati oggi, nell'anno 1880, con tutti i progressi che ha fatti la galvano-caustica, con tutti i materiali e mezzi che ci fornisce l'elettricità; siamo autorizzati, ripeto, ad adoprare lo schiacciatore dello Chassaignac e fare una ferita lacero-contusa, e prolungare l'operazione per tanto tempo? Io non lo credo. — Una volta che vi è un tramite fistoloso che si vuole squarciare insieme al restringimento, si passi un'ansa di platino, o di acciaio, e si squarci in quel modo il tramite fistoloso.

Ma vi è un'altra obbiezione da fare a questo metodo indicato per i casi complicati da fistole; e cioè quello che accade quando l'apertura interna della fistola è al disotto del restringimento. — Se s'incide il tramite fistoloso, qualunque sia il modo col quale si cerchi di ottenere questo risultato, avverrà che saremo nelle stesse condizioni che se avessimo fatta una rettотomia esterna; ed allora non trovo la ragione di complicare tanto l'apparecchio operatorio, sia con lo schiacciatore, sia con la galvano-caustica, quando con un semplice coltello ed una tenta si può fare tutta l'operazione senza temere tanto l'emorragia, che non è stata mai lamentata, in tanti e tanti casi che fu praticata la rettотomia, come causa di guai.

Qualcheduno ha detto che giusto nei casi di restringimento complicato conviene squarciare tutti i tramiti fistolosi. — È questo un errore madornale, come ha benissimo dimostrato il Prof. Carlo Burci (1) nel suo Studio sulla Fistola all'Ano facendo vedere che i tramiti fistolosi guariscono tutti quando si sia squarciato un solo tramite, che sia però quello che comunica con l'intestino, mercè l'apertura interna; in una parola occorre squarciare l'apertura interna, per esser sicuri di ottenere la guarigione.

Confesso il vero: io amo, per quanto è possibile, la semplicità degli atti operatorj; non comprendo perchè si debba andare tanto a fantasticare con operazioni complicate, e che danno luogo a superfici cruenta e suppuranti, a cicatrici multiple. E dico questo, sia per la rettotomia lineare quanto per quella esterna. —

A buon conto per la rettotomia esterna si dice: fatela quando il restringimento è in alto, e per allargare il campo dell'operazione! — Ma cosa ho bisogno io di allargare il campo dell'operazione per una rettotomia? È un'operazione, sebbene di data non lontana, che ha fatto per me il suo tempo, come l'ha fatto la bottoniera od uretrotomia esterna per l'uretra, che oggidì si adopra tanto di rado, preferendo l'uretronixi. —

Alla per fine io nego che ci sia bisogno di questo largo campo d'operazione. — Se è quistione di fare una incisione ampia sono d'accordo ancor io; ma non davvero di squarciare tutto, compreso lo sfintere e le parti molli vicine all'ano! —

Con questo io vengo a dire che prediligo in un modo assoluto la rettotomia interna. — È un'operazione semplice, è un'operazione che ha dati i suoi eccellenti risultati — bene e generosamente eseguita — alla pari degli altri processi; e non vi è conseguentemente ragione di andare a cercar altro. — Resta però da rispondere a due quesiti: e cioè quando sieno casi complicati da fistole; quando il restringimento è situato molto in alto. —

Se vi sono fistole, ho già detto che preferisco fare la ret-

(1). BURCI. — *Commentario sulla fistola all'ano*. — Pisa, 1857.

totomia, e squarciare la fistola: non accetto lo schiacciatore dello Chassaignac, e conseguentemente la rettomia lineare quale la preconizzò il Verneuil. Non ne trovo la necessità; ma tutt' al più si potrà adoprare l'ansa galvanica.

Se il restringimento è molto in alto, e non si può raggiungere col dito che deve servire di guida al coltello, credo che vi sia mezzo di rimediare all'inconveniente senza ricorrere alla rettomia esterna del Panas. — E voglio dire operare su di una guida. —

È certo che per quanto il restringimento sia in alto, non lo sarà tanto da non potersi raggiungere con uno strumento qualunque; se lo fosse, non sarebbe più un caso curabile con la rettomia. In questo frangente io dico in una parola di operare su di una guida, come si fa per i restringimenti dell'uretra e dell'esofago. —

Basterà introdurre nel retto una candeletta flessibile, munita alla sua estremità superiore di una ghiera, come la candeletta-guida del Maisonneuve. — A questa s'innesterà un rettomo consistente in una canula scannelata, che racchiuda una lama che può scattare al di fuori mercè una molla, come nell'uretrotomo del Civiale modificato dallo Charrière. — La candeletta-guida potrà avere la dimensione di una candeletta del N.° 15, filiera francese delle sonde per uretra. — La canula dovrà essere leggermente curva in modo da adattarsi alla curva del retto. — In una parola il rettomo che propongo sarebbe, in proporzioni maggiori, l'uretrotomo del Civiale modificato dallo Charrière. Del resto può essere utilissimo per i restringimenti del retto, quando non si tema di fare la rettomia laterale, lo strumento del Corradi adoprato per i restringimenti dell'esofago; agisca questo come tagliente, od invece come caustico messo in comunicazione con i reofori di una pila. — Lo strumento del Corradi, che è tolto dal modello dell'uretrotomo, è rappresentato da due ali taglienti, le quali sono inguainate entro una doccia; se poi deve agire mercè la galvano-caustica, le due ali che non incidono più non sono racchiuse, ma lo è invece il fusto dello strumento, che deve essere messo poi in comunicazione con la pila. —

Nel caso adunque di restringimento situato nella porzione superiore dell' ampolla, ed anco al di là, converrebbe introdurre la candeletta-guida, fino ad impegnarla entro il restringimento; s'innesterebbe allora lo strumento, e s'introdurrebbe nel retto fino a tanto che adoprando lo strumento come quello del Civiale modificato, non avesse, la porzione che racchiude la lama, oltrepassato il restringimento. Allora si procura che il tagliente venga rivolto indietro; si preme la molla che fa uscir fuori la lama; si tira in basso, strisciando lo strumento verso la parete posteriore del retto, calcolando, dalla porzione di canula che esce, quanto di restringimento è stato inciso. Quando si può apprezzare che l'incisione sia completa si fa rientrare la lama, e si estrae tutto lo strumento.

Nel caso che si adopri il rettotomo del Corradi, conviene sguainare le due ali taglienti solo quando si avverte che si è raggiunto il restringimento; spingere, e poi rintrodurle, quando si apprezza che non vi è più resistenza da vincere, indizio che il restringimento è inciso.

Con lo strumento del Corradi si vengono a fare due incisioni; mentre che con quello del Civiale modificato, una sola. —

Ancora due osservazioni. L'incisione dev'esser fatta (se non vi sono delle ragioni speciali in contrario, come una briglia situata anteriormente) sulla parete posteriore del retto, e questo per le ragioni tante volte dette del minor pericolo d'incidere vasi sanguigni, ed il peritoneo. — L'incisione conviene che sia la più ampia possibile; la più profonda che ci sia dato. — Un Chirurgo accorto sente benissimo se quando incide ha che fare con il restringimento, oppure lo ha oltrepassato. —

Dopo la rettotomia è necessaria la dilatazione. Non ammetto però che sia una dilatazione che sa di barbarie piuttosto che di curativo, e che consiste di mettere un tampone od una canula, e lasciarla in sito per dei giorni. — Siccome lo scopo della dilatazione, dopo la rettotomia, è quello d'impedire la cicatrizzazione, basterà tenere od un tampone od una canula per dodici ore, e poi sarà sufficiente di rintrodurla giornalmente per dieci minuti od un quarto d'ora, fino a completa guarigione. —

Consecutivamente occorrerà ripetere ogni mese o due una seduta di brevissima dilatazione, per accertarsi che il restringimento non si riforma: e, nel caso, per rimediarvi immediatamente con questo mezzo.

È inutile io dica che prima di compiere una rettotomia bisogna procurare, per quanto è possibile in casi simili, di vuotare l'intestino. —

XVI

DELLA ESTIRPAZIONE DEL RETTO
NELLA CURA DEI RESTRINGIMENTI.

La dilatazione e la rettotomia può dirsi che sono i due metodi generali per la cura dei restringimenti del retto. — L'estirpazione di porzione del retto, e la colotomia può dirsi che sono gli eccezionali.

Gay escise una porzione di retto per restringimento; ed il nostro Borelli (1), come un' *âncora di guarigione*, nei casi disperati, raccomandava l'escisione del restringimento, facendola seguire dalla cauterizzazione. — Racconta di averla praticata cinque volte, e ne ebbe sempre ottimo risultato.

Marchand (2) in questi ultimi anni, pubblicò un' importantissima Tèsi sulla estirpazione dell'estremità inferiore del retto, che è il lavoro più completo che si abbia su questo argomento.

L'estirpazione del retto, a quel che pare, fu eseguita la prima volta nel 1739 dal Faget per un'estensione di un pollice e mezzo. — Fu il Lisfranc (3) che però ottenne per il primo

(1). BORELLI — *Raccolta di Memorie Chirurgiche*. — Tomo II. Pag. 205.

(2). MARCHAND — *Étude sur l'extirpation de l'extrémité inférieure du Rectum*. — Paris 1873.

(3). LISFRANC — *Gazette Médicale*. 1832. e: — *Mémoire sur l'excision de la partie inférieure du Rectum*. — *Mémoires de l'Académie de Médecine* Tome III. pag. 291. 1833.

un buon risultato in un caso di carcinoma del retto: incoraggiato l'esegui altre otto volte, e ne fece allora pubblicare un resoconto esatto da un suo allievo, il Dott. Pinault (1). — Più tardi, l'eseguirono e ne parlarono Velpeau (2), Récamier (3), ed altri. — Il Velpeau ne ottenne dei risultati; e Récamier che espose le sue idee per mezzo del proprio allievo, il Dottor Massé, narrava di avere estirpato il retto con la legatura permanente.

Vidal de Cassis (4) in una Tèsi di concorso si dimostrò contrarissimo all'operazione.

Del resto consecutivamente ne parlarono Schuh (5) il quale cercò di allargare il più possibile il campo dell'operazione; Nussbaum (6) che la praticò quattro volte; e Verneuil che modificò i processi operatorj, e che pubblicò le sue idee nelle tèsi di Raymond (7), e di Désbuchère (8) e più tardi da sè (9).

Ultimamente l'estirpazione del retto fu fatta qui in Italia dall'illustre Professore Rizzoli (10) e da me (11).

Il Rizzoli, questo ardito e valente Chirurgo, ha fatto un tale lavoro, che non posso fare a meno di riepilogarlo completamente.

(1). PINAULT — *Dissertation sur le cancer du Rectum.* — Thèse de Paris. 1829.

(2). VELPEAU — *Traité de Médecine Opératoire.* — 1839.

(3). RÉCAMIER — Vedi Thèse de Paris di MASSÉ. 1842.

(4). VIDAL DE CASSIS — *Du Cancer du Rectum et des opérations qu'il peut réclamer.* — Thèse de concour. Paris. 1842.

(5). SCHUH — *Operation des Mastdarmkrebses* — Wiener medicinische Wochenschrift. T. XI. 1861. pag. 16.

(6). NUSSBAUM — *Extirpation des Mastdarmkrebses.* — Bayerisch ärztliche Intelligenzblatt. 1863. N.º 31.

(7). RAYMOND — *L'extirpation du Rectum.* — Thèse. 1870.

(8). DESBUCHÈRE — *L'extirpation du Rectum.* Thèse. Paris. 1871.

(9). VERNEUIL — *Gazette hebdomadaire.* pag. 197. 1874.

(10). RIZZOLI — *Asportazione di estesa porzione di retto-intestino per neoplasia fibrosa, eseguita felicemente con metodo misto cruento e termocaustico.* — Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna. Serie III. Tomo VIII. 1877. Pag. 417.

(11). CECCHERELLI — *Estirpazione dell'estremità inferiore del retto.* — Sperimentale. 1876. Tomo XXXVIII. Pag. 415.

È dalla Memoria del Prof. Rizzoli che rilevò essere stata fatta la prima volta in Italia l'estirpazione dell'intestino canceroso nel 1840, dal Professore Baroni (1).

« La prima volta che il Rizzoli estirpò porzione di retto fu
 « nel 1839 in una donna di 52 anni, la quale aveva un cancro
 « del retto che estendevasi in alto ed occupava tutto lo spesso-
 « re delle pareti dell'intestino per più di sei centimetri, e veni-
 « va limitato in alto da un cercine abbastanza duro, che lasciava
 « a stento passare l'apice del dito. Riusciti inutili varj rimedj
 « venne eseguita l'operazione in questo modo: con un coltello
 « panciuto fece a destra ed a sinistra, a poca distanza dell'ano,
 « due incisioni semilunari che si riunivano, comprendendo nel ta-
 « glio anche la massa cancerosa; e dipoi dissecato tutto attorno
 « l'intestino l'afferrò con delle pinzette, lo trasse fuori, e lo re-
 « cise con un colpo di forbici, prendendo tutte le precauzioni
 « perchè il taglio cadesse su parti sane. L'emorragia arteriosa fu
 « frenata facilmente con la torsione, o con la legatura; quella
 « venosa, che fu la più grave, reclamò l'uso d'un grosso stuello
 « di filaccia entro l'intestino. Al trentesimo giorno dall'opera-
 « zione sopraggiunse flebite dell'arto inferiore destro, che inva-
 « se anche il sinistro, e che fu poi vinta. Per qualche tempo
 « venne fatto il passaggio di candelette di cera: ma essendo sta-
 « ta trascurata dalla malata questa prescrizione, l'intestino tornò
 « un po'a restringersi: ma con conveniente cura dilatante gra-
 « duata, la guarigione venne di nuovo ad essere completa. »

Il Prof. Rizzoli eseguì quest'operazione altre tre volte, in donne affette da cancroide del retto. — Nella prima non vi fu grande emorragia: mentre che nella seconda e nella terza vi fu emorragia tale, che occorre introdurre grossi tamponi di filaccia nel retto e fare delle numerose legature.

Delle quattro operazioni, tre dettero luogo ad emorragia, e come fa giustamente osservare il Prof. Rizzoli, è questo uno dei gravi inconvenienti dell'operazione: specialmente quando adoperando il processo del Lisfranc si viene a restringere molto

(1). — Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna. 1840. — Pag. 330.

il campo operativo, e così non si possono dominare i vasi sanguigni che danno sangue, e non si è sicuri che qualche piccola porzione di neoplasma non resti.

Appunto per questo il Rizzoli pensava che era necessario trovare un nuovo processo operatorio che non avesse questi inconvenienti, e che del pari non ledesse coi tagli le parti circonvicine. — Per ottenere questo scopo il Rizzoli diceva d'incidere longitudinalmente a tutto spessore i tessuti dal cocchige fino all'ano: dissecato col dito il retto dallo strato celluloadiposo, soggiunge il Rizzoli, sarà facile allora di render libero il retto anche dai suoi attacchi, mediante una seconda incisione: che partendo dall'estremità di quella già fatta giri attorno l'apertura anale, poi vada a terminare nel punto stesso nel quale venne terminata. — In questo modo vengono a costituirsi due grandi lembi triangolari, che rovesciati, lasceranno uno spazio molto ampio da potere scoprire una grande porzione di retto, e così dominarlo: sia per reciderlo in un punto sano, come pure per sorvegliare, in caso di emorragia.

Questo processo operativo fu messo in pratica dal Rizzoli una volta.

« Un uomo di 54 anni, che da qualche tempo aveva diffi-
 « coltà nelle emissioni delle feccie, e bisogno frequente di eva-
 « cuare, emettendole sempre in piccola quantità, molli, sottili,
 « schiacciate, sanguinolenti, ricorse ad un medico, il quale cre-
 « dendo di aver che fare con una neoplasia cancerosa si limitò
 « ad incidere posteriormente l'apertura anale, e ne susseguì for-
 « te emorragia, frenata a stento con un tampone. Chiamato il
 « Prof. Rizzoli a visitare quest'uomo, constatò che la produ-
 « zione morbosa estendevasi in alto in modo da giungere appe-
 « na colla punta del dito ad attraversare il tenue e piccolissi-
 « mo cercine che corrispondeva al limite del male. Essendo riu-
 « scita inutile la dilatazione e l'incisione, il Rizzoli pensava non
 « esser possibile, per recare utile a quest'uomo, che di estirpa-
 « re il neoplasma. Ed infatti fu eseguita l'operazione col procos-
 « so stato poco sopra descritto, che riuscì a perfezione, anco-
 « perchè fu possibile di legare con la massima facilità anche al-
 « cuni piccoli vasellini che davano sangue. La sezione dell'inten-

« stino fu fatta col coltello arroventato. La medicatura consistè
 « nel tamponare la cavità con delle fila imbevute di Acqua Pa-
 « gliari, nel mantenere vicini tra loro i margini della ferita, e
 « nel soprapporvi altre fila e pezze, sostenute da una conveniente
 « fasciatura. Avvenne la guarigione. Esaminato il pezzo anato-
 « mico dal Prof. Cesare Taruffi, fu riscontrato trattarsi di
 « una forte ipertrofia fibrosa, che occupava profondamente ed
 « in tutta la sua estensione, quel tratto di retto, in modo da ri-
 « durre il corrispondente canale a dimensioni angustissime. »

Come ho già detto di sopra, io pure ho fatta un' estirpa-
 zione di porzione del retto.

« Si trattava di un giovine di 28 anni, sifilitico, che aveva
 « dei grossissimi papillomi all'ano. Eseguii l'operazione, facendo
 « due incisioni semilunari che giravano attorno la massa mor-
 « bosa, tirai in fuori tutto il tumore con un pajo di pinzette e
 « recisi per 3 centimetri il retto con il coltello. La guarigione
 « non tardò ad effettuarsi. »

Il Dottor Marchand nella sua Tèsi divide i processi ope-
 ratorj per l'estirpazione del retto in cinque: e cioè 1° col
 coltello; 2° colla legatura lenta; 3° schiacciamento lineare;
 4° legatura estemporanea; 5° con l'ansa galvano-caustica, com-
 binata con lo schiacciamento lineare.

Due parole soltanto per ciascun processo operatorio.

Lisfranc faceva due incisioni ellittiche, che s'incontravano
 anteriormente e posteriormente, dissecava, e poi escideva con
 delle forbici robuste e grandi. Se poi la massa morbosa risa-
 liva molto in alto, incideva posteriormente il retto onde farsi
 maggior luce per operare. — Il Velpeau modificò il metodo
 passando con degli aghi dei fili al di sopra del tumore, facen-
 doli risortire di fuori. — Escisa la produzione morbosa, anno-
 dava i fili, e tirava in basso il retto per avvicinarlo alla su-
 perficie di sezione. — Il Denonvilliers faceva partire un' inci-
 sione dal coccige, che dirigendosi in avanti, finiva là dove le
 due incisioni ellittiche si riunivano posteriormente.

Recamier praticava la legatura lenta stringendo il tumore con delle anse di filo, comprendendo con ciascuna una quinta od una sesta parte della circonferenza dell'intestino.

Chassaignac adottò lo schiacciamento lineare, in questo modo: Infiggeva un trequarti-curvo all'indietro dell'ano, in modo che la punta penetrasse nel retto per la parete posteriore, perforasse la parete anteriore, e venisse poi ad uscire al perineo sulla linea mediana. — Passata la catena dello schiacciatore, divideva il retto in due metà; dipoi le pedunculava facendo penetrare la punta di un trequarti-curvo a certa distanza dall'ano sulle pareti laterali, e cercando che risortisse per il retto, al di là dei limiti della malattia; con un filo resistente passato al di sopra del trequarti-curvo, stringeva i tessuti, e la catena dello schiacciatore era applicata al punto dove la costrizione del filo aveva determinata la formazione di un peduncolo.

Maisonneuve adottò la legatura estemporanea; circoscriveva con un incisione l'ano al di là delle parti malate, e quindi con un ago, che doveva risortire dall'ano, faceva passare una serie di fili, a distanza di due centimetri l'uno dall'altro. Tutte le anse avevano un capo del filo che usciva dall'ano, mentre che l'altro capo veniva fuori per il solco dell'incisione fatta con il coltello. Per ottenere la costrizione, conveniva usare una cordicella di canapa, resistente, di un millimetro di diametro, e di una lunghezza di quasi due metri, alla quale venivano attaccate, a quaranta centimetri di distanza l'uno dall'altro, l'estremità dei fili che escivano dall'ano. — Tirando ciascun filo per l'altro capo si portava la funicella in alto, e si otteneva un'ansa esterna formata dalla cordicella, e si tagliava quest'ansa. — Quando tutti i fili provvisorj erano stati ritirati, si annodavano a due a due le estremità della cordicella, e così si veniva a stringere l'intera circonferenza del retto in una serie di anse. Maisonneuve preferiva invece di annodare queste anse e le fissava in un serra-nodi di Graefe che serviva benissimo a sezionare i tessuti compresi nell'ansa.

Il Prof. Verneuil finalmente adoperava la galvano-caustica e lo schiacciatore lineare, ed ecco come: per mezzo di un

trequarti curvo infitto sulla linea mediana, al davanti della punta del coccige, e fatto uscire dall'ano, fa passare la catena dello schiacciatore, e compie la sezione verticale della parete posteriore del retto e di tutti i tessuti compresi nell'ansa. — Eseguisce lo stesso per la parete anteriore, infiggendo il trequarti nel perineo dall'avanti-indietro. — Indi con un coltello galvanico isola l'estremità inferiore del retto con due incisioni semi-elittiche, che si ricongiungono anteriormente e posteriormente. — Finalmente, con lo schiacciatore collocato perpendicolarmente all'asse dell'intestino, seziona le pareti del retto.

Non vi è dubbio che l'estirpazione del retto è un'operazione che si può fare: ma solo in certi limiti. — E conviene appunto ricercare quanto retto, senza gravi pericoli, si può asportare, quali i risultati che si ottengono, e prima di tutto quale il metodo operatorio che più degli altri offre garanzie sufficienti per dominare il campo tutto dell'operazione; tanto per essere sicuri di portar via tutto il neoplasma, quanto per potere comodamente intervenire allorchè sopravvenga qualche spiacevole incidente consecutivo all'operazione.

Per ben rispondere a questo quesito bisogna fare due ipotesi: e cioè se il neoplasma è limitato molto in basso alla regione anale ed ultima porzione di retto; oppure molto più in alto.

È certo che nel caso che il neoplasma, che il restringimento nel caso nostro, sia molto in basso e limitato, non è necessario complicare per nulla il manuale operatorio, e bastano due incisioni semi-elittiche fatte col coltello comune, ed aver pronto un cauterio come quello del Paquelin, per potere arrestare, nel caso, una piccola emorragia.

Ma se poi l'estirpazione del retto è molto estesa, confesso che senza discussione accetto il processo eseguito ultimamente dal Prof. Rizzoli con i due lembi triangolari, adoprandolo per la sezione del retto, e se si vuole anche per la dissezione dell'intestino, il coltello galvanico.

I risultati che si hanno estirpando il retto non sono cattivi, tanto quanto parrebbe a tutta prima, vedendo eseguire un'operazione di simil genere

Il Rizzoli a buon conto cita cinque operazioni, e se vi furono complicate successive all'atto operatorio, non si ebbero morti da lamentare. — Il mio caso ebbe buonissimo successo. Simon e Nussbaum (1), contano un morto per ogni 5 operati; Billroth, secondo che si legge nella Memoria del Winwarther, su 23 casi ne operò 13 ed ebbe 5 morti al seguito dell'operazione, 4 morti per la recidiva del cancro, 2 furono dispersi, e 2 definitivamente guariti; il Prof. Corradi in un operato ottenne la guarigione (2). Il Marchand nella sua Tèsi dice che in media si può calcolare che vi ha la morte una volta su tre operazioni.

Si è data, come triste conseguenza dell'atto operatorio, l'incontinenza delle materie fecali. — Questo è un fatto che non si verifica sempre, e tanto è vero che non lo fu nel caso mio, nei casi di Verneuil, di Chassaignac, di Rizzoli e di altri. Anzi a questo proposito lo Chassaignac emetteva l'opinione che le fibre muscolari-circolari dell'intestino rimasto, dovevano ipertrofizzarsi, e formare un nuovo sfintere; ed il Rizzoli ammette che la porzione intestinale mancante venga rimpiazzata da un canale che abbia la superficie interna dell'aspetto di una mucosa accidentale.

Ho detto poco sopra che un quesito da risolversi era pur quello del quanto di retto si può estirpare. — I confini vengono dettati dal punto ove si incontra il peritoneo, inquantochè sarebbe oltremodo pericoloso andare al di là, avvenendo allora con la massima facilità delle peritoniti suppurative, dei versamenti intra-peritoneali. — Come dicevo nella mia Comunicazione sull'estirpazione del retto, è tutta una quistione anatomica; e siccome ho già discusso ampiamente questo tema, ne prendo le sole conclusioni, che, cioè, si possono estirpare da 6 a 7 centimetri di retto, oltre tutta la porzione di canale anale.

(1). NUSSBAUM — *Extirpation des Mastdarmkrebses*. — Bayerisch ärztliche Intelligenzblatt. N.º 31. 1863.

(2). CECCHERELLI — *Sulla Patogenesi e terapeutica del cancro*. — Lo Sperimentale. Aprile. 1879. Pag. 416.

Qualcheduno si è dichiarato contrarissimo a quest' operazione, e fra gli altri il Curling (1), il quale dice che le probabilità di prolungare l'esistenza non possono essere accettate in mezzo ai danni che essa può correre.

Io non sono affatto d'accordo con questo Chirurgo. — L'ho detto in altra occasione: se temo molto, e vado coi piè di piombo per una manovra esplorativa, altrettanto sono ardito e coraggioso ogni volta che si tratti di liberare un disgraziato da una malattia.

È certo che quando si ha l'indicazione operatoria di estirpare il retto, si deve avere che fare con una di quelle malattie che troncano presto la vita, e che quei pochissimi giorni che rimangono divengono più dolorosi della morte stessa; si tratta di un caso che qualunque sia l'incomodo, e la successione morbosa, vi è sempre molta differenza fra questa e la malattia primitiva. Quindi il Chirurgo non può titubare; e pur troppo deve consigliare l'atto operatorio, sebbene abbia la certezza che presto avverrà una recidiva, o che il paziente non resterà sempre in buone condizioni.

In una parola mi sembra che la quistione sia in questi termini. — Abbiamo da una parte una malattia che da prima tormenta la vita, che dopo la toglie inevitabilmente in uno spazio di tempo brevissimo. — Abbiamo dall' altro lato un' operazione, che se non per sempre, per un certo tempo, toglie la malattia e le sofferenze, che talora lascia delle successioni morbose moleste, ma che non uccide altro che una volta su tre. — Mi pare che non vi sia da ondeggiare; e che convenga attenersi a questo partito, anzichè lasciare fra gli spasimi e morire un disgraziato. — Tutto però sta bene sino a tanto che il neoplasma è limitato a quella porzione di retto, che resta possibile estirpare.

Prima di terminare questo paragrafo debbo dire due sole parole relative al caso, che, invece di un tumore esteso che occupi tutte le pareti del retto, si tratti di un tumore peduncolato, come sarebbe un polipo. — In questo caso non è ne-

(1). CURLING — *Observation on the Diseases of the Rectum.* — 1847.

cessario venire ad atti operatorj gravissimi; il polipo potrà esser portato via staccandolo, oppure torcendo il peduncolo su se stesso od anche strappandolo. — Nel caso che non fosse facile fare così, si può serrare in un laccio, oppure esciderlo a dirittura sia col coltello, sia collo schiacciatore, sia col coltello galvanico, sia serrandolo in un *clamp*. Potendo, credo che sia meglio serrare il peduncolo con la pinzetta del Rizzoli (1), ed escidere il polipo con un coltello o con le forbici, sicurissimi che non viene emorragia.

Nel caso che il polipo fosse molto in alto, e che non riuscisse di raggiungerlo comodamente, sarebbe il caso di farsi strada facendo un'incisione posteriormente, diretta dall'ano verso il coccige. — In tal modo si avrebbe tutto lo spazio necessario per operare, con agio, e con la sicurezza di asportare l'intero tumore.

XVII

DELLA COLOTOMIA

NELLA CURA DEI RESTRINGIMENTI DEL RETTO.

L'ultimo mezzo da adoprarsi in caso di restringimento del retto, quando gli altri tutti furono resi impossibili, è quello di formare un'ano artificiale.

Lascio completamente da parte di ragionare della formazione di un'ano quando vi è atresia anale, perchè non è qui il caso di parlarne. — Citerò semplicemente la proposta fatta dal Prof. Giorgio Pellizzari, e citata dal Filippi nella sua comunicazione sulle atresie ano-rettali-congenite, consistente nell'eseguire l'ano artificiale alla ragione perineale, e per l'apertura accidentale sondare il cilindro che resta fra questa e l'ampolla rettale

(1). RIZZOLI — *Clinique Chirurgicale*. — Paris. 1872. Pag. 482.

chiusa; ed una volta che esista il canale anale venire a riscontro del perineo con adattato strumento, ed in tal modo porre in comunicazione il retto con l'ano. —

Nei casi che il restringimento abbia, oltre il retto, interessato l'ano, conviene che in qualche modo si provveda anche a questo: e perciò è necessario fare delle autoplastiche con delle incisioni, che il caso speciale consiglia quali sieno le migliori.

Il tema dei restringimenti del retto in questo punto conduce a studiare rapidissimamente quale sia il miglior modo di formare un' ano artificiale quando il restringimento del retto è incurabile con gli altri mezzi tutti accennati; o perchè troppo in alto; o perchè, se neoplastico, troppo esteso in modo da non potere in verun modo assalirlo col coltello. —

L' ano artificiale, o colotomia che dire si voglia, consiste nel fare un' apertura nelle pareti addominali, ed in un punto dell' intestino, e nel procurare che questo si fissi a quelle.

Due grandi metodi si conoscono: uno col nome di Littrè, che vuole rintracciare l' intestino dalla parete anteriore dell' addome entrando nella cavità addominale, e l' altro col nome di Callisen, che invece rispetta il peritoneo, e cerca il colon discendente alla regione lombare sinistra. —

Littrè (1) nel 1710 propose quest' operazione che fu fatta poi la prima volta da Pillore nel 1770 aprendo il cieco, e ripetuta poi nel 1783 da Dubois Antoine cercando l' *S* iliaco secondo la proposta di Littrè. —

Il Littrè voleva che l' ano artificiale fosse fatto nella fossa iliaca sinistra, ove corrisponde per il consueto l' *S* iliaco. — L' incisione dovrebbe essere sul decorso di una linea parallela al ligamento del Falloppio, al di sopra di questa linea, e al di là dell' arteria epigastrica, ed avere una dimensione, alla pelle di 7 centimetri, e profondamente di 4 centimetri. — Arrivati al peritoneo, si apre colla guida di una sonda scanalata, e riconosciuto l' intestino conviene fissarlo alla ferita addominale con due punti di sutura ai due estremi dell' incisio-

(1). LITTRÉ — *Diverses observations anatomiques*. — Histoire de l'Académie des Sciences. — Paris, 1710. Pag. 36.

ne.— Si apre allora l'intestino, e quindi si torna a fissarlo con altri punti di sutura. —

Del resto dopo l'operazione scolano benissimo le materie fecali al di fuori, senza che sia menomamente alterata la salute generale, tanto è vero che Giralès (1) cita casi d'individui che poterono vivere 43, 40, 20, 19 anni, e Jules Rochard (2) 5 anni.

Il metodo del Callisen (3) che consiste nell'incidere il cieco ed il colon discendente per mezzo di una sezione fatta nella regione lombare sinistra, sul margine esterno del muscolo quadrato dei lombi, avrebbe, per l'Autore, il vantaggio di ritrovare l'intestino con più facilità che al di sopra della regione iliaca.

L'Amussat (4), nel 1835, praticò l'operazione col metodo del Callisen, e ne ottenne un buon successo. — Questo fece sì che il metodo acquistasse maggior credito di quello che non lo avesse per lo innanzi, e per conseguenza fu adoprato qualche altra volta. —

Vidal de Cassis (5), che studiò accuratamente il tema per decidere quale dei due metodi meritasse la preferenza, gli trovava uguali vantaggi; ed il Robert (6) diceva in un Rapporto ad una Memoria di Rochard (7), che giusto perchè si vuole evitare il peritoneo si deve incidere in vicinanza delle coste spurie. —

(1). GIRALÈS — Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques. — T. II. pag. 633.

(2). ROCHARD — *Mémoire sur des opérations d'anus artificiel*. — Mémoires de l'Académie de Médecine. T. XXIII. 1859.

(3). CALLISEN — *Imperforationes ani*. — Cl. V. Ordo 5. Genus III. in Systema Chirurgiae hodiernae. T. II. Pag. 688. Hafniae 1800.

(4). AMUSSAT — *Histoire d'une opération d'anus artificiel pratiquée avec succès par un nouveau procédé dans un cas d'absence congénitale de l'anus, suivie de quelques réflexions sur les obturations du Rectum*. — Gazette médicale de Paris. 28 Novembre 1835. Pag. 753.

(5). VIDAL DE CASSIS — *Patologia esterna*. — 1840.

(6). ROBERT — *Rapport sur la mémoire de J. Rochard*. — Bulletin de l'Académie. T. XXIV. 1858-59. Pag. 425.

(7). ROCHARD — *Opérations d'anus artificiel*. — Mémoires de l'Académie Impériale de Médecine. — Paris 1859. T. XXIII. Pag. 195.

Il Giraldès, nel suo Articolo citato, si dichiara favorevole al metodo del Littrè, appoggiandosi molto, oltre che sui risultati, sullo studio delle due operazioni. —

Ancora F. Guyon (1) si protesta favorevole al processo del Littrè, ma nel tempo stesso crede che anche quello dell'Amussat possa qualche volta esser messo in uso.

In quest'ultimi tempi è stata fatta varie volte la colotomia a causa di restringimenti del retto; e non credo inutile di accennare qualcheduno, fra i tanti che ne hanno parlato. —

Il Dott. F. van Erckelens di Aquisgrana (2) in una sua Memoria sulla Colotomia raccoglie 262 casi; e di questi, 110 appartengono ad individui che avevano il carcinoma del retto, e dell'intestino, 16 a fistola, 49 a restringimenti, 44 ad atresie, e 43 ad ostruzioni. I risultati furono i seguenti: $152 = 58,4 \text{ } 0_{10}$ guarirono, e vissero al di là di 21 giorno; $108 = 41,2 \text{ } 0_{10}$ non vissero al di là di 21 giorno, 2 non furono più rinvenuti. —

Il metodo di Amussat fù eseguito 165 volte, e ne guarirono, $101 = 63 \text{ } 0_{10}$, ne morirono, $63 = 38,4 \text{ } 0_{10}$; ne fu perduto, 1 —

Il metodo di Littrè fù eseguito 84 volte, e ne guarirono, $44 = 52,4 \text{ } 0_{10}$, ne morirono, $39 = 46,4 \text{ } 0_{10}$, ne fù perduto di vista, 1 —

In 15 casi, dei quali 7 guarirono, ed 8 morirono, non si sa quale fù il metodo adoperato.

Lasciando da parte tutti gli altri dati, riporterò soltanto quelli che concernono il carcinoma ed i restringimenti.

Per carcinoma furono fatte 110 operazioni, delle quali 68 con esito favorevole e 42 con esito infausto. Il metodo di Amussat fù eseguito 83 volte, delle quali $52 = 63 \text{ } 0_{10}$ favorevolmente, e 31 no. Il metodo di Littrè fù eseguito 23 volte, delle

(1). GUYON — Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales. — Première Série. Tome Cinquième. — Paris 1870. Pag. 521.

(2). ERCKELEN — *Ueber Colotomie mit Erwähnung von 262 Fällen.* — Archiv für Klinische Chirurgie. Band XXIII. Heft Erstes. — Berlin 1878. Pag. 41.

quali 14 = 61 0/10 favorevolmente, e 9 no. Quattro volte, in tre delle quali con esito fortunato, non si sa quale fù il metodo prescelto. Il carcinoma era, sui 110 casi, 75 volte nel retto.

Per restringimenti furono fatte 49 operazioni, delle quali 29 = 59,2 0/10 con esito buono, e 20 infausto. Il metodo di Amussat fù eseguito 38 volte, delle quali 25 favorevolmente, e 13 no. Il metodo di Littrè fù eseguito 9 volte, delle quali 3 favorevolmente, ed 1 no. Due volte, una delle quali fù seguita da morte, non si sa qual fosse il metodo adoprato.

In questi ultimi tempi, Richet (1) pubblicò una Memoria nella quale propone di attendere ad aprire l'intestino che si sieno adèsi i due foglietti peritoneali; e si dichiara favorevole, alla pari di Erckelens, della colotomia di Littrè, in preferenza a quella di Amussat. —

Laffan (2) crede che la colotomia debba essere eseguita come mezzo di rendere la vita più sopportabile, ed anche per prolungarla, impedendo il contatto delle materie fecali con il prodotto morboso. Siccome in un caso, malgrado l'ano artificiale eseguito, gli avvenne che un po' di materia fecale andasse nella porzione intestinale inferiore, proponeva di fare la sutura delle due pareti di questa porzione d'intestino dopo di avere ravvivata la mucosa. —

Il Dott. M. Howse (3) racconta di averla eseguita con buon risultato in un individuo affetto da epitelioma del retto, che non lasciava passare neppure l'apice dell'indice.

Nella Gazette Hebdomadaire di Parigi (4) trovo registrati due lavori del Bryant (5) e del Maunders (6) stati pubblicati

(1). RICHET — *De l'opportunité de l'anus artificiel dans les cas de tumeurs du Rectum.* — Paris 1875. Pag. 33.

(2). LAFFAN — *Notes on Colotomy.* — The Dublin Journal of Med. Sc. Octobre 1875.

(3). HOWSE — *Colotomy for epithelioma of the Rectum.* — Medical Times and Gazette. 26 Octobre 1872. T. II. Pag. 460.

(4). Gazette hebdomadaire. N.º 24. 1872.

(5). BRYANT — *Della colotomia lombare nell' ostruzione intestinale per restringimento del retto.* — Medical Times and Gazette. 18 Maj 1872

(6). MAUNDERS — *Due osservazioni di colotomia lombare.* — Medical Times and Gazette. 24 Febbrajo 1872.

nel 1872 e che si riferiscono alla colotomia. Tanto Bryant a Guy's Hospital, quanto M. Maunders a London Hospital, fecero delle Lezioni Cliniche per dimostrare l'opportunità dell'operazione nei restringimenti del retto dove vi è ulcerazione, dove non si può contare nel miglioramento con la dilatazione graduale, ed allorquando non è possibile procurare del benessere con sedativi, e prostrarre la vita più lungamente. — Bryant, in 10 casi, non contò nessun'esito infausto e Maunders ebbe la morte soltanto in un caso di cancro epiteliale. Ambedue questi Autori consigliano, se si vogliono ottenere dei buoni risultati, di operare presto. —

Mason (1) cita in una sua Memoria 80 colotomie, fatte in Inghilterra ed in America, e nota 54 guarigioni. —

Parlarono poi della colotomia Heath (2), Maunders (3), il quale cita due casi di morte su tre operati; Jessop (4) con una guarigione in un caso di restringimento insormontabile del retto e una fistola retto-vaginale; Bryant (5) con un successo; Guyot (6) con un caso di morte; Christ-Heath (7) con 21 casi, dei quali 8 finirono con la morte e 13 guarirono; Maunders (8) con 6 casi seguiti, 5 da guarigione, ed 1 da morte; Tiffany (9) con un successo, ed un'insuccesso; Lediand (10) con un buon re-

(1). MASON — *Six cases of lumbar colotomy with remarks upon this operation.* — American Journal of. med. Sc. Octob. 1873.

(2). HEATH — *Cases of Colotomy.* — The British med. Journ. 15 Nov. 1873.

(3). MAUNDERS — *On lumbar Colotomy.* — Medical Times and Gazette. 11 Oct. 1873.

(4). JESSOP — *Cases of Colotomy; cure.* — The Lancet Journal. 22 Nov. 1873.

(5). BRYANT — *Cases of Colotomy.* — The Lancet. Journal; 31. 1874.

(6). GUYOT — *Observation de colotomie lombaire.* — Lyon Médical. N.º 15. 1877.

(7). HEATH-CHRIST — *Clinical lecture on colotomy.* — Brit. med. Journal; Decb. 1. 1877.

(8). MAUNDERS — *On lumbar Colotomy.* — Medical Times and Gazette. Februar. 3. Pag. 113. 1877.

(9). TIFFANY — *On Colotomy.* — Amer. Journ. of med. Sc. Oct. 1877.

(10). LEDIAND — *Syphilitic disease of Rectum, for which colotomy was perfored.* — Amer. Journ. Oct. 27. Pag. 463. 1877.

sultato; Briddon (1) con quattro casi, tre dei quali guariti; e Reeves (2) con due guarigioni. —

Non proseguo a rammentare casi, perchè anderei all' infinito; ne parlano Jordan (*Lancet*, 1874), Richard (*These*, 1875) Lautour (*Lancet*, 1876), Marshall (*Medical Times*, 1877) Carley (*Britisch Journal*, 1877), e poi si trovano registrate nei giornali una infinità di osservazioni che sarebbe superfluo di citare —

La colotomia — come si vede da tutto quello che ho detto — è un' operazione che pur troppo conviene accettare nella cura dei restringimenti, quando gli altri mezzi curativi non poterono essere adopati, o non furono utili.

XVIII.

CONCLUSIONI SULLA CURA

DEI RESTRINGIMENTI DEL RETTO.

Eccomi alla fine del mio còmpito. — Non resta adesso che da tutto quello che ho detto, vedere quale sia il metodo di cura da preferire, e quale si adatti meglio ad un caso, anzichè ad un altro. —

Non parlo della cura specifica per i restringimenti dovuti a sifilide. — Ho detto qual' era il valore che gli doveva essere accordato; pur tuttavia sarà sempre bene tentarla, innanzi di ricorrere a qualche atto operatorio. —

Non parlo della cauterizzazione pura e semplice, perchè non è metodo tale da riscuotere la fiducia dei Chirurghi. — L' elettrolisi offre dei vantaggi, dà delle speranze che un giorno

(1). BRIDDON — *Four cases of lumbo-colotomy*. — New-York. med. Record. Dec. 28. 1878.

(2). REEVES — *Cases of colotomy*. — Medical Times. March 2. Pag. 223. 1878.

possa essere utile; ma per ora è impossibile darne un giudizio assoluto e basato sui fatti. —

L' estirpazione del retto conviene solo ai casi di neoplasma, perchè è in quelli soltanto che si trovano le indicazioni e le controindicazioni per eseguirla, o nò —

La colotomia è un rimedio estremo; quando la defecazione, la funzionalità dell' intestino sia difficoltà, impossibilitata, e la vita riesca incompatibile ed i mezzi operatorj elcurativi che abbiamo a disposizione non è possibile in verun modo di applicarli, conviene, per necessità, creare un nuovo ano, che sarà una bruttura, una molestia continua, ma pur tuttavia potrà prolungare l' esistenza.

Restano due mezzi, comuni a tutti i restringimenti: — incisione e dilatazione. — Già ho detto che io preferisco la rettotomia interna, ed in rari casi la lineare, per quello che concerne la incisione. — Per la dilatazione prediligo la rapida. —

Io non credo che si possa, scientificamente parlando, emettere un giudizio assoluto sul valore dell'un metodo e dell'altro, e che si possa dire *a priori* che si preferisce questo a quello. — Ogni forma di restringimento ha per me ragione di essere curata diversamente. —

Sarà inutile dilatare trattandosi di restringimento valvolare-congenito, perchè la valvola resterà sempre ribelle alla dilatazione la meglio fatta e la più prolungata — Conviene incidere ed il più presto possibile. —

Nel restringimento spasmodico, il massimo numero delle volte, basterà la semplice dilatazione per troncarsi quasi subito il decorso della malattia. —

I restringimenti iperplastici ed atrofici sono quelli che offriranno più largo campo all' osservazione — Se vi è ulcerazione, reputo dannosa anzichè utile, la dilatazione; incidere subito — Se il restringimento non è ulcerato, e non è ancora completamente organizzato; se non è, in una parola, un restringimento fibroso, sia per cicatrice, sia per iperplasia, si potrà dilatare con speranza di buon risultato; altrimenti incidere con sollecitudine. —

Nei restringimenti neoplastici conviene estirpare. —

In un pregevole lavoro del Dott. Gillette (1), che riferisce ciò che si fa negli Ospedali di Parigi, trovo registrate queste Osservazioni sulla condotta dei Chirurghi intorno ai restringimenti del retto: — Verneuil fa la rettotomia lineare; — Richet la rettotomia col suo schiacciatore stato descritto da Saury (2), e subito dopo la dilatazione con una candeletta olivare; — Panas la rettotomia esterna; — Dubreuil, se il restringimento è in basso e non spesso molto, prova la dilatazione; se è valvolare scarifica; altrimenti fa la rettotomia lineare; — Dèspres fa la dilatazione intermittente, giacchè non considera la rettotomia stessa che come un palliativo. —

Come si vede, in generale, dai Chirurghi di Parigi si preferisce la rettotomia alla dilatazione.

Ed infatti è quella che deve dare i migliori risultati, in quanto che inciso il restringimento, ed impedendo la cicatrizzazione di prima intenzione si può ottenere quell'ampiezza dell'intestino che è necessaria. —

E tanto più si parrà chiaro questo, se si riflette per un momento al modo col quale si forma un restringimento e che il retto ha perduto in quel punto la sua elasticità, e la dilatabilità sua sarà divenuta minima.

Con questo non dico che si debba volta volta incidere: no. Si potrà benissimo provare se l'intestino cede alla dilatazione. — Ma se la prova fallisce, conviene mettere da parte le sonde, per servirsene soltanto dopo di avere inciso, per impedire la cicatrizzazione di prima intenzione della ferita, e per mantenere l'intestino dilatato.

Non sarà mai abbastanza ripetuto, che nel retto come nell'uretra, i peggiori restringimenti sono quelli che per tanti anni hanno sopportata una dilatazione, più dannosa che inutile. —

I restringimenti del retto, e la loro terapia, non sono ancora completamente studiati. Siamo oggidì più innanzi di quello che eravamo qualche tempo fa. — Ma non è raggiunta la mèta. —

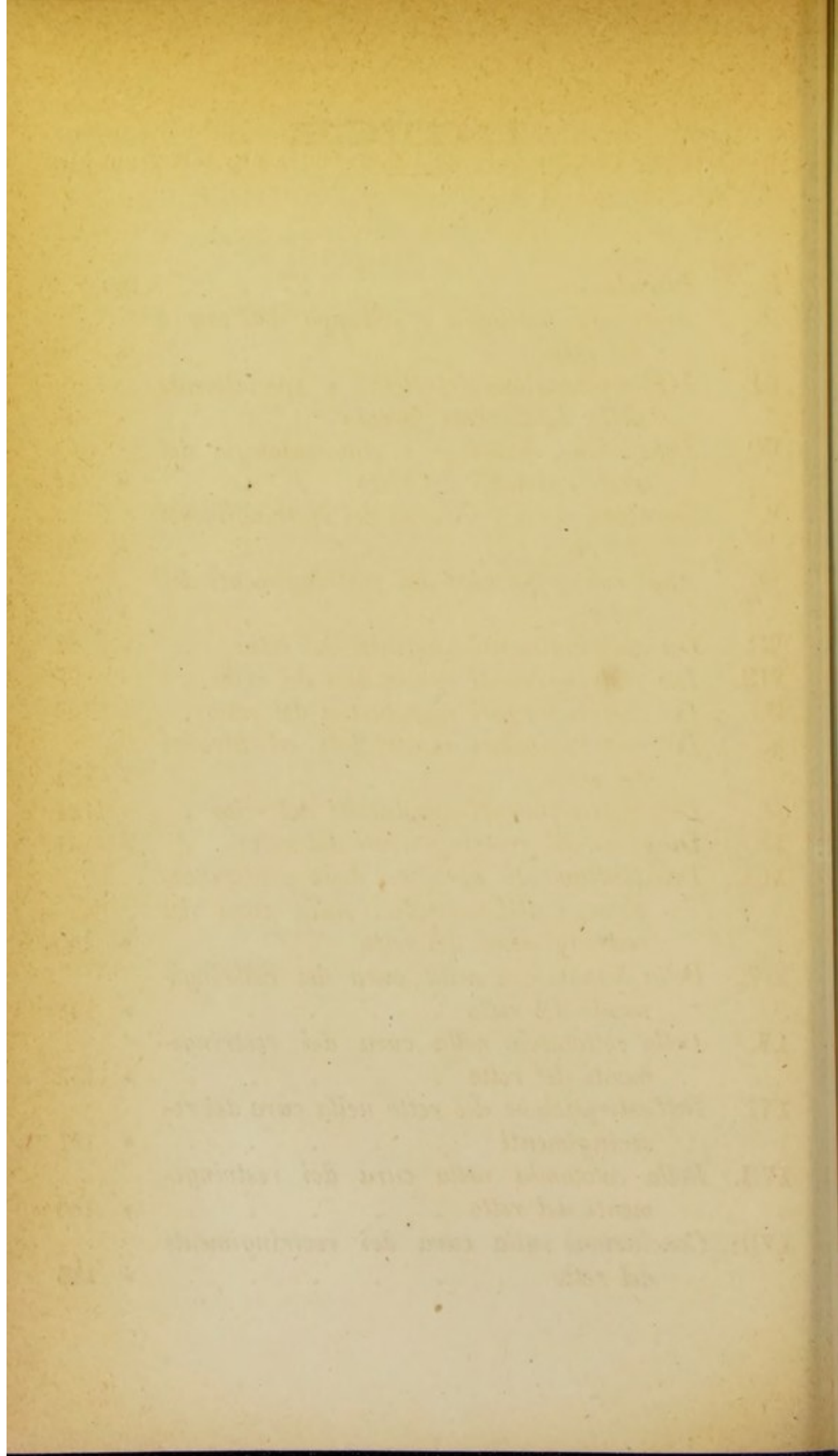
(1). GILLETTE — *Chirurgie Journalière des Hôpitaux de Paris*. — Paris 1876.

(2). SAURY — Thèse. 1868.

Osservazione attenta del malato e del pezzo anatomico quando sopravvenga la morte, sono i due mezzi che forniranno gli elementi per poter dettare dei corollarj terapeutici più esatti di quello che non si possa fare oggi. —

La malattia è grave tanto, che vale la pena di studiarla accuratamente.

Firenze, 6 Gennajo 1880.



INDICE

I.	<i>Introduzione</i>	Pag. 1
II.	<i>Anatomia, fisiologia e sviluppo dell' ano e del retto</i>	» 6
III.	<i>Dell' esplorazione del Retto, e specialmente della dilatazione forzata</i>	» 25
IV.	<i>Definizione, divisione e sintomatologia dei restringimenti del retto</i>	» 42
V.	<i>Caratteri fisici e decorso dei restringimenti del retto</i>	» 57
VI.	<i>Anatomia patologica dei restringimenti del retto</i>	» 61
VII.	<i>Dei restringimenti congeniti del retto</i>	» 82
VIII.	<i>Dei restringimenti spasmodici del retto</i>	» 97
IX.	<i>Dei restringimenti iperplastici del retto</i>	» 104
X.	<i>Dei restringimenti cicatriziali od atrofici del retto</i>	» 124
XI.	<i>Dei restringimenti neoplastici del retto</i>	» 134
XII.	<i>Diagnosi dei restringimenti del retto</i>	» 141
XIII.	<i>Del trattamento specifico, della cauterizza- zione, e dell' elettrolisi nella cura dei restringimenti del retto</i>	» 145
XIV.	<i>Della dilatazione nella cura dei restringi- menti del retto</i>	» 148
XV.	<i>Della rettotomia nella cura dei restringi- menti del retto</i>	» 157
XVI.	<i>Dell'estirpazione del retto nella cura dei re- stringimenti</i>	» 171
XVII.	<i>Della colotomia nella cura dei restringi- menti del retto</i>	» 180
XVIII.	<i>Conclusioni sulla cura dei restringimenti del retto</i>	» 186

