

Lezioni sulla cura chirurgica delle ernie addominali sciolte e strangolate e più specialmente della erniotomia / del prof. C. Burci.

Contributors

Burci, Carlo, 1815-1875.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Pisa : Tip. ff. Nistri, 1875.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/wdthpfb5>

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>



Digitized by the Internet Archive
in 2015

<https://archive.org/details/b22297923>

LEZIONI

SULLA

CURA CHIRURGICA DELLE ERNIE ADDOMINALI

SCIOLTE E STRANGOLATE

E PIÙ SPECIALMENTE DELLA ERNIOTOMIA

DEL

PROF. C. BURCI

GIÀ CLINICO CHIRURGICO ALLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
E ALL'ISTITUTO DELLO STUDI SUPERIORI DI FIRENZE.

ERNIE IN GENERALE



PRESENTED-BY

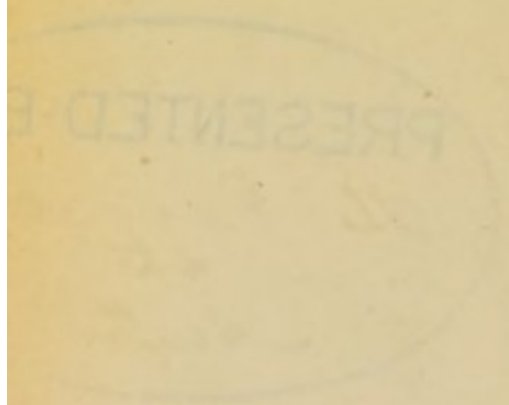
*The Executors
of the
Author*

PISA

TIPOGRAFIA FF. NISTRI

1875

PROPRIETÀ LETTERARIA



« Malgrado le molte cure dei pratici che hanno sudato su tale materia (sulle ernie), malgrado le meditazioni delli autori che hanno scritto su questo soggetto, rimangono ancora tante cose da considerare, che quelli che ci seguiranno, avranno più da dire di quello che da noi fin quì fu detto ».

ARNAUD — *Mém. de l'Académie royale de Chirurgie, t. V.*

ALLA CARA MEMORIA
DI SALVATORE DE RENZI

NAPOLETANO

MEDICO E FILOSOFO

FRA I DOTTI FAMOSO

QUESTO LIBRO

SULLE ERNIE

IN SEGNO DI COSTANTE AMICIZIA

E DI GRATO ANIMO ⁽¹⁾

DEDICA

CARLO BURCI

⁽¹⁾ Il De Renzi dedicò all'amico Burci: - il 2.^o volume della storia della medicina italiana anno 1845: e Napoli nell'anno 1764, ossia documenti della carestia e della epidemia che desolarono Napoli nel 1764, preceduti dalla storia di quella sventura: anno 1868. Questo libro è prezioso, sia che si consideri come lavoro scientifico-politico, sia letterario, ed io fui lieto e superbo di averne ricevuta una splendida dedica.

THE NEW YORK

OF SALVATORE DE RENZI

AND HIS

WORKS

BY

THE

LIBRARY

OF

THE

NEW YORK

LIBRARY

OF

THE

NEW YORK

LIBRARY

OF

INTRODUZIONE

Io me ne stava, son già passati due anni, tutto raccolto su certi miei studi clinici da lungo tempo incominciati sui tumori gelatinosi (i quali, se mi dura la vita, farò di pubblica ragione), quando il Dott. Crapols, già mio alunno ed ora valente operatore e chirurgo primario nello spedale civile di Savona, mi scrisse cortesemente, pregandomi che io gli permettessi di far pubbliche le mie Lezioni dettate dalla cattedra in Pisa, e da esso ascoltate e trascritte, sulla cura chirurgica delle ernie sciolte e sulla Erniotomia; e mi rimise il manoscritto, facendomi premura che io lo rivedessi, lo correggessi ed ampliassi, desideroso che, per l'altrui profitto, non gli negassi questo favore. Ciò mi risvegliò un grato sentimento di compiacenza, e mi persuase, che, insegnando, non era affatto riuscita infruttuosa in altri tempi l'opera mia.

Risposi alla dimanda, ringraziando e acconsentendo, e rinviiai il manoscritto con quelle correzioni ed aggiunte che in quel momento credei opportuno di fare. Poi, avendo più maturamente considerato, che queste Lezioni, per i gravi argomenti che in esse venivano trattati erano troppo ristrette, ed anche, rispetto al tempo in cui furono porte (1856), divenute un po' vecchie ed imperfette, l'arte e la scienza progredendo sempre, mutai consiglio, ed alla mia

volta pregai il Dott. Crapols a voler lasciare a me il grave peso di pubblicarle con quelli ampliamenti, illustrazioni, aggiunte, testi, citazioni e figure, che l'opera avrebbe richiesto e sarebbero state necessarie; e ciò affinchè, invece di un feto un po' mostruoso, avesse potuto venire alla luce una creatura, la quale, se non altro, avesse potuto meritare che le fosse fatto buon viso. Il Dott. Crapols di buona voglia acconsentì alla mia proposta, e gliene rendo sincere grazie, e queste sono le Lezioni che io metto a stampa e che umilmente offro a chi impara, ai cultori savi della chirurgia, ai pratici dell'arte ed agli operatori, essendo in esse essenzialmente prese di mira e trattate le parti curative dell'ernie sciolte e strangolate.

Il lavoro sarà diviso in due parti; in una tratterò della cura chirurgica delle ernie in generale quali esse siano, e comprenderà questo primo Volume; nella seconda, che vedrà la luce dipoi in un secondo Volume, ragionerò delle ernie in particolare, e sarà vasto e sempre importante argomento di studio pratico.

In queste Lezioni invano si cercherebbero cose singolari da eccitare l'altrui brama o l'altrui curiosità per istrumenti od apparecchi nuovi o per progetti terapeutici originali. Tolte le grandi e le utili scoperte, alle quali son sempre reverente, e che son poi acclamate dalla pubblica voce, nell'arte sento di essere conservatore, non novatore: a ciò mi conduce e mi spinge la mia propria natura: le novità pericolano, i precetti confermati dalla pratica e dalla lunga esperienza, si mantengono saldi. Quindi in queste stesse Lezioni, che hanno principalmente per soggetto la parte terapeutica, non la patologica dell'ernie, e quindi non toccano che incidentalmente della etiologia, della sintomatologia e della prognosi del male di cui ragiono, io mi proposi, non d'innovare, ma di porgere ajuto e d'indirizzare i cultori della nobilissima chirurgia, per quella sicura strada, che, secondo che io penso, può riuscir loro più profittevole per apprendere a ben conoscere la cura delle

ernie addominali, lasciando al senno dei lettori il giudicare se raggiunti lo scopo, o fu la mia imperdonabile presunzione.

Il Broca, nella sua Prefazione alla Tesi: *Sullo strangolamento dell'ernie addominali* ⁽¹⁾, lamenta, « che non esista in Francia un Trattato magistrale sulle ernie » come ne hanno li Alemanni (Richter, Hesselbach ec.) e l'Inglesi (Cooper, Lawrance, Key ec.). Ed i chirurghi francesi, difendendo le loro patrie glorie, avrebbero dovuto sentire il dovere di farlo questo Trattato. Infatti, dopo Pareo e Franco, che posero le prime e più ragionevoli fondamenta per la cura dell'ernia sciolta e strangolata, e principalmente poi dopo il cominciare del secolo XVIII, che fu l'aurora di nuovi studi e di solenni insegnamenti su questo soggetto, le dottrine sulle ernie e la pratica migliore della Erniotomia, non ci vennero principalmente dalle scuole francesi? L'Accademia di Chirurgia di Parigi, Arnaud, Le Dran, Louis, Dionis, Garangeot, Petit, Moreau ec., non fecero molto, e con gran frutto, per perfezionare la conoscenza e la cura dell'ernie stesse? E quanto mai non vi cooperarono dipoi Desault, Dupuytren, Cloquet, Jobert, Malgaigne, e tanti valorosi chirurghi che onorarono ed onorano il suolo francese? Libri francesi che abbiano il titolo di *Traité des Hernies*, in Francia pur vi sono e in vari tempi pubblicati, ma essi non corrisposero nè corrispondono ai bisogni veri della scienza e dell'arte. Perchè lo stesso Broca, che è uomo di acuto ingegno e tanto esperto conoscitore dell'ernie, non riempie questa lacuna da esso lamentata?

L'Italia, al pari della Francia, non ha Trattati speciali didattici completi sulle ernie, che abbiano potuto servire o servir possano all'insegnamento, non solo patologico, ma specialmente operatorio, se non quelli che si trovano nei libri nostri generali di Patologia chirurgica e di chirurgia pratica, nè molti sono, e fra i quali raccomando le

(1) Paris, 1857. 2.^o Edit.

Lezioni sulle ernie scritte con molto senno pratico e forma chiara dal Professore A. Marcacci di Pisa in aggiunta e complemento a quelle del Ranzi e Regnoli sopra altri argomenti dell'arte Chirurgica. Abbiamo però ciò che ne scrissero il gran Morgagni, il Benevoli ec., e le Memorie del sommo Scarpa sulle Ernie, le quali sole furono sono e saranno sempre un gran documento di patria gloria ed ove si attingono i più sani precetti patologici e terapeutici per la conoscenza e la cura di queste malattie. E abbiamo pure nei Giornali italiani medico-chirurgici, vecchi e nuovi, un infinito numero di lavori sull'ernie stesse da formarne, raccolti che fossero, una classica e ricca biblioteca speciale, ed ove, ora si ragiona della patologia, ora della operatoria ad esse relativa. Nè mancano studi anatomici nostri spettanti all'ernie, nè Monografie su tale o tal altra ernia, che abbia in modo speciale richiamata l'attenzione di qualche pratico. I materiali dunque sono già raccolti per un opera italiana: sta agli animosi il mettere insieme il lavoro e fabbricare. Io sarò pago se all'edifizio avrò portato la mia pietra ed un po' di cemento.

Firenze, Agosto 1874.

BURCI.

PARTE PRIMA

Cura chirurgica dell'ernie addominali in generale.

LEZIONE PRIMA

Dell'ernie in generale e particolarmente dell'addominali; loro cause, sede, varietà e distinzione loro in sciolte riducibili, sciolte irreducibili e strangolate. ANATOMIA PATOLOGICA di esse: alterazioni proprie dell'ernie sciolte.

Signori!

Lo scopo che io mi propongo in queste Lezioni è quello d'insegnarvi e d'istruirvi, per quanto potrò, su tutto ciò che i Chirurghi fecero e fanno per la cura dell'ernie addominali esterne in qualunque luogo del ventre ed in qualunque stato esse si trovino, mettendovi in grado di potere scegliere quei mezzi curativi che la lunga esperienza ed il giudizio dei più savi nell'arte abbiano reputato migliori e più atti a porre riparo ai bisogni di questi mali tormentosi; i quali, nati una volta, raro è che abbandonino chi li sopporta, seppure non lo pongono nel doloroso caso di avere estrema necessità di pronto chirurgico soccorso, onde cansare il pericolo della morte. Anzi, fra le operazioni chirurgiche che si compiono sull'addome avviene una fra le altre, e ben lo sapete, difficile assai e delicata quanto altra mai, della quale molto si sono occupati chirurghi e patologi nel secolo ora trascorso, e per la quale bisogna che chi opera abbia già estese cognizioni sui modi di presentarsi del male che l'addimanda, capacità nell'eseguirla, intelligenza pratica per provvedere e lottare con difficoltà spesso imprevedibili, imperturbabilità in faccia ad accidenti e complicate molteplici e talvolta singolari che possono, operando, manifestarsi, ed ogni pregio che

onori un valoroso chirurgo; questa operazione è l'*Erniotomia*, non così detta perchè l'ernia si tagli, chè anzi si rispetta, ma perchè si corre al taglio per l'ernia e per l'ernia *strozzata* o *incarcerata*, allorchè non furono sufficienti i più miti compensi per guarirla dallo strozzamento, e quando, non operando, può essere gravemente minacciata la vita dell'infermo; il quale, straziato dai più acerbi dolori, chiede e prega il più pronto soccorso al suo male.

Io vidi uomini valenti nell'arte ed assai ardimentosi essere sempre preoccupati seriamente nel dover compiere la *Erniotomia*, sia per quell'ignoto e non determinabile stato delle parti che stan chiuse nel tumore ernioso, sia perchè un errore di chi conduce l'atto operatorio, può esser fatale al paziente, e, al pari del male, può metterlo nel più grave pericolo di morire. Quindi fino da questo primo principio del mio dire mi perdonerete, se, discorrendo della *Erniotomia*, sento proprio il bisogno di raccomandarvi per essa, e quando sarete all'esercizio dell'arte, ogni maggiore diligenza, attenzione e cautela nell'operare, tanto più che le sofferenze di chi la sopporta non sono molto gravi, allorchè appunto chi opera ha bisogno di calma e di avvedutezza maggiore. Niuna operazione mai, ma l'*Erniotomia* fra le tante, non è certamente quella, il cui pregio debb'essere valutato col computo dei minuti primi e secondi: presto fa chi ben fa: accettate, ve ne prego, il consiglio ed abbiatelo caro e ricordevole.

Ed a queste Lezioni sulle ernie addominali e sull'*Erniotomia* in particolare io porgo opera e fatica di buonissima voglia per due evidenti ragioni; la prima per la importanza ed utilità palese dell'argomento, come sarete fatti certi nella pratica che vi aspetta; la seconda, perchè, ad onta di tanti Trattati di Chirurgia e di Operazioni chirurgiche che l'arte possiede, e di tanti lavori che dai nostri e dai forestieri sono stati fatti sull'ernia sciolta e strangolata, e dei tantissimi articoli pubblicati nei giornali, ove ciascuno su questo soggetto registrò il frutto delle sue osservazioni, non mi pare, se io non m'inganno a partito, che della *Erniotomia* addominale si sia detto abbastanza per dare al chirurgo, chiamato al cimento dell'operare, quella amplissima guida, la quale possa condurlo più franco e sicuro a vincere le tante difficoltà che circondano spesso ed accompagnano questa operazione. Ed avendo per il corso di molti anni

di esercizio clinico avuta la opportunità di eseguirla sovente, e vedere e toccare con mano queste medesime difficoltà, non sempre con vittoria superate, perciò più francamente ve ne parlo e quasi mi allietta di poter deporre nella vostra mente il frutto dell'altrui e della mia propria esperienza.

E, quantunque senta il mio debito di restringere l'argomento quanto è possibile a dir solo dell'Erniotomia e delle operazioni tante e diverse che furono eseguite e proposte per curar l'ernia sciolta addominale, pure a me sarà necessario, ed a voi non discaro anzi utile, che io tocchi spesso della istoria di queste ernie, dell'anatomia delle parti per le quali esse passano e dei visceri che vi traversano, dei caratteri patologici e clinici che ad esse appartengono; e ciò perchè il soggetto, di cui imprendo a trattare, è in se stesso talmente avviluppato ed insieme congiunto, da non potere facilmente separare la parte operativa dalla patologica e clinica. Certe operazioni, che, al pari di questa, non cadono sopra parti sane, ma sulle ammalate e nel cuore si direbbe della stessa malattia, sono necessariamente governate secondo lo stato di essa, e se possono sottoporsi a regole generali, queste non possono esser mai talmente assolute da non cedere il luogo alle reali, presentanee ed eccezionali necessità del male stesso.

L'ernia dell'addome debb'essere malattia oltre ogni dire antica, e l'uomo vi dev'essere stato sottoposto dacchè fu soggetto ad ammalare. Chi sa che Adamo non ne soffrisse dopo che fu cacciato dal Paradiso terrestre e fu costretto, lavorando la terra, a guadagnarsi il pane col sudore della sua fronte. Però per quanto antica sia, li studi sovr'essa si posson dire rispettivamente recenti; la pratica della Erniotomia recentissima. È ignoto come i primi erniosi temperassero le molestie del loro male. La cura razionale dell'ernia trasse il solo suo vero lume dall'anatomia umana e non da quella grossolana ed imperfetta di Erofilo, di Erasistrato, di Galeno, del Mondini, del Berengario ec., bensì da quella che onorò i tempi del Risorgimento ed ha onorato ed onora il passato ed il presente secolo; trasse lume e potenza dall'anatomia patologica, non quale uscì dalle vergini mani dell'umile Antonio Benivieni, ma quale la coltivarono e la insegnarono il Valsalva, il Morgagni, lo Scarpa e tanti illustri stranieri operosissimi. Quindi i Trattati sulle Ern

veramente utili per la scienza e per la pratica, e che abbiano per base la osservazione e la esperienza dedotte dall'anatomia normale, dalla patologica e dalla pratica clinica, non possono essere che Trattati essenzialmente moderni. E che è invero la Erniotomia addominale, della quale mi propongo principalmente tener proposito in queste Lezioni, se non un atto operatorio difficile paziente e delicato, che ha come dissi per guida e per maestra l'anatomia delle parti sane e malate? Chi oserebbe condurre fino nella cavità addominale un istrumento tagliente fra intestini e vasi arteriosi, se l'occhio della mente e la mano obbediente all'intelletto non ne tracciassero la via? Se l'operatore, quasi avesse messe a nudo le parti, non le vedesse come festuche in vetro? Diceva benissimo quel savio scrittore medico che era Lorenzo Bellini, che allo sguardo dell'anatomico e dell'operatore il corpo umano debb'essere trasparente, e deve potervi lavorar dentro come in acqua chiara, quest'organo cogliendo e quello evitando; chè non tutto, quando si opera, si può vedere col senso dell'occhio. Nè io dirò che le raccolte bibliografiche sulle Ernie, non formino una ricchissima biblioteca di libri medici, ma dico altresì e sostengo, che moltissimi di quei libri servono soltanto alla istoria di questo male; si debbano consultare per conoscerla, per erudirsi e per sapere quanto di bene e quanto di male fu fatto nei passati tempi; ma, stretti dai propri bisogni, e quando si voglia e si debba trar frutto dallo studio, e conoscere i veri principî e i veri indirizzamenti del retto e del bene operare, pochi libri bastano, purchè usciti dalle mani di esperti clinici e moderni anatomici, quali lo Scarpa, il Cooper, il Dupuytren, il Malgaigne ec. La parte *istorica* bisogna separarla affatto dalla *dottrinale*: è una serie di studi che s'interrompe: la scinde l'anatomia normale e la patologica. Infatti tenendo dietro alla istoria delle ernie e degli erniosi nei tempi in cui fioriva la scuola di Alessandria, poi la Romana con Celso, poi i Greci minori, e li Arabi, e con Pietro Franco scendendo giù fino alla metà quasi del secolo XVIII, quanti mai errori non corsero su questo male fra i chirurghi ed i medici, e a quanti strazi inutili, disonesti e barbari non assoggettarono la povera umanità. Io ve ne parlerò ed inorridirete.

L'ernia viscerale, come voi già ben sapete per li studi di patologia chirurgica, è rappresentata da quel tumore che si forma

alla periferia di una cavità splancnica, allorchè un organo ivi contenuto o parte di esso, ha trovata una via naturale o accidentale per uscir fuori, e di profondo e chiuso che era, si è fatto superficiale, rigonfiando le parti ove piglia sede. È un soverchiare che ei fa i cancelli che la natura ha posto per confini agli interni visceri, siano encefalici, toracici o addominali. Infatti la parola ernia vuol significare, e già lo sapete, la uscita totale o parziale di un viscere dalla cavità che normalmente lo contiene.

La causa massima e generale di questa malattia, frequente tanto e tanto poco curabile, stà (ed io questo ho sempre dichiarato fino dal 1840 nelle mie Lezioni di anatomia patologica allorchè apersi in Italia il primo corso pubblico ed universitario di questo essenziale insegnamento), nella rottura dell'equilibrio, che esiste sempre nello stato normale, fra la *potenza* che i visceri spiegano ad uscir fuori, specialmente li addominali, e la *resistenza* che vi oppongono le pareti per contenerli. Quando queste due forze si bilanciano e quindi fra loro stesse si elidono, non è possibile l'ernia. Ma quando questo equilibrio fra potenza e resistenza, è rotto, allora, come si frattura un osso, si può formare un'ernia. Ora lo squilibrio fra potenza e resistenza può essere generato, o da maggiore e più prepotente sforzo dei visceri contenuti, o da indebolimento delle pareti continenti. Una ferita della parete ventrale, rompendone la continuità e con essa la resistenza, dà luogo alla produzione dell'ernia. Per questo le pareti viscerali e l'anteriore del ventre, che sono molli affatto, che si tendono e si rilasciano, che sostengono i maggiori sforzi ed il maggior peso, e che racchiudono visceri mobili e spostabili (lo stomaco, l'intestini tenui, l'omento ec.) sono perciò più sottoposte alle ernie. Considerate bene appunto quale resistenza non debba far mai questa anteriore parete addominale nella stazione eretta del corpo, nella corsa, nel salto, nella violenta operosità delle forze muscolari, in certe speciali professioni, nel parto, nello starnuto, nella tosse, nelle ginnastiche esercitazioni; considerate, che precisamente in questa parete anteriore si trovano, la cicatrice ombellicale, il canale inguinale ove passa il cordone dei vasi spermatici e il ligamento rotondo, il principio del canal crurale, gli spiragli della linea alba, l'infossamenti del piccolo bacino, e poi ditemi se non si comprende ed è abbastanza evidente, che di tutte le ernie viscerali, le addominali debbano

essere le più frequenti, e più frequenti quelle formatesi là ove un segno di qualche naturale apertura aponevrotica, marcato da una ruga, un infossamento, una digitazione ec. ne [deve far minore la resistenza? Quale sia la influenza poi delle cause secondarie sulla produzione delle ernie dell'addome; quale quella relativa alle razze, al sesso, alle professioni, alle malattie pregresse o concomitanti ec., e quale sia il modo di svilupparsi, di crescere e di condursi innanzi di questo male con i suoi propri segni, non è lo scopo di questo mio insegnamento, il quale mira principalmente alla parte operatoria. Dirò che le ernie in generale, considerate anatomico-patologicamente, e in relazione alla cura loro, si comprendono tutte in queste tre speciali condizioni, che sono; *ernie sciolte riducibili* quando esse permettono, che il viscere o i visceri usciti fuori, possano spontaneamente rientrare, e facilmente dal malato o dal chirurgo essere riposti nella cavità dalla quale trasmigrarono, e queste ernie sono le maggiori: *ernie sciolte irreducibili* quelle, le quali, potendo non molestare molto l'ernioso, non permettono agli organi, in parte od in totalità, di ricondursi da loro stessi o essere ricondotti nella primitiva loro sede, e ciò per alterazioni organiche primarie od avventizie (adesioni, briglie, ipertrofie ec.), le quali li legano di fuori al tumore ernioso; ed a questa categoria appartengono pure quelle voluminosissime (oscheoceli, exomfali), le quali, lasciate sempre fuori senza riparo di sorta a stanziare e ingrandire, finiscono, quantunque riducibili, col perdere, come disse spiritosamente Petit, il loro *diritto di domicilio* nella cavità addominale: *ernie strangolate*, le quali a un tratto vengono strette come da un laccio, interrompendosi il circolo intestinale, risvegliandosi fenomeni locali, generali e simpatici imponenti e tali, che la vita dell'ernioso, se l'arte non lo ajuta, può essere nel pericolo di estinguersi. Per queste ernie strangolate appunto può occorrere ed essere necessaria la Erniotomia, allorchè, tentati con prudente insistenza i più miti compensi, essi riuscirono vani e infruttuosi.

Le ernie addominali, lasciando da parte le diaframmatiche, le vaginali, e quelle prodotte da ferita delle pareti del ventre o da poco solida cicatrice che per essa ne derivasse, sono; la *inguinale*, la *crurale* o *femorale*, la *ombellicale*, la *sottopubica* o *otturatrice*, la *ischiatrica*, la *perineale*, l'*ileo-lombare*, quelle della

linea alba. Quelle che interessano poi essenzialmente l'operatore sono, la inguinale, la crurale, la ombellicale, l'otturatrice, l'ernia della linea alba. Tutti i visceri del basso ventre, se se ne eccettuano il pancreas ed i reni, possono formar ernia. Ecco come Cruveilhier stabilisce l'ordine di frequenza che i visceri hanno ad uscire.

- 1.° Epiploon e intestino tenue,
- 2.° S iliaca, colon trasverso, cieco ed appendice,
- 3.° Ovajo e trombe,
- 4.° Vessica ed utero,
- 5.° Stomaco, fegato, milza, duodeno.

Quelli dunque che più di sovente, uniti o separati, la costituiscono, sono i tenui intestini e l'omento, essendo essi i più mobili, i più riducibili e scivolanti, e quelli che, avvicinando li anelli ed i canali per i quali l'ernia passa, sono in pari tempo i più apparecchiati ad uscire. In generale, uscendo, conservano le loro normali relazioni, sia fra loro sia colle aperture che li schiudono il varco: nell'ernia intestinale ed omentale chiamata anche *ernia composta, mista &c.*, l'omento cuopre ordinariamente l'intestino come fa nel ventre. Ma quante deviazioni ed eccezioni a questa regola!

L'ernia può essere piccolissima quanto un pisello (la ombellicale), quanto una nocciola, una noce moscada (la crurale); può essere straordinariamente voluminosa (la inguinale, l'ombellicale, l'ischiatrica). Io sezionai una volta un ernioso che aveva un oscheocele così vasto che lo scroto giungeva immenso sino alle ginocchia: le due braccia, come si farebbe volendo abbracciare un tronco d'albero, potevano appena circondare l'ernioso dal sacro allo scroto. Io feci fare il disegno di questa ernia gigante e si conserva nel Museo di anatomia patologica di Firenze.

L'ernia, sia per esempio costituita dall'omento e dall'intestino, quando si forma, e questo già lo sapete benissimo, e si formi pure repentinamente o a grado a grado, si conduce innanzi sempre il peritoneo. Questa borsa sierosa che chiude e raccoglie i visceri, e li custodisce, e della quale vi parlerò in seguito a lungo, poichè essa ha precipua parte nella istoria dell'ernie e per l'atto stesso della Erniotomia importa molto conoscerla, chiamasi il *sacco erniario*. Ogni ernia, che non sia

per ferita, è provvista di questo sacco. Vi sono alcune ernie prodotte dal cieco, dall'S iliaca, dalla vescica, che l'hanno incompleto, perchè questi visceri mancano naturalmente in alcun loro lato dell'inviluppo peritoneale, ma, ove l'hanno, si trova.

Desta sorpresa che i Chirurghi inglesi seguitino a chiamare le ernie *Rotture*, avvalorando essi, con una parola impropria, un antico errore, giacchè li antichi crederono; prima che il peritoneo sempre si rompesse quando l'ernia si formava; poi crederono che si rompesse nelle ernie *istantanee* e si allungasse in quelle che si producevano lentamente.

Abbiate oramai per verità assoluta anatomico-patologica dimostrata, che ogni ernia, se in parte non lo contrasta la qualità del viscere uscito, ha il sacco proprio peritoneale che la contiene, ed il peritoneo, cedendo ad esso viscere, si allunga, si sposta, si distende come fa palesemente nell'ascite.

Ora non vi spiaccia, o signori, se io mi avanzo a parlarvi, quanto potrò diligentemente dell'anatomia patologica delle ernie, sciolte riducibili, sciolte irreducibili e strangolate, perchè io son convinto che molte delle difficoltà che s'incontrano nel curare il male dell'ernia e nel fare la Erniotomia, si possano prevedere causare e vincere, avendo bene a mente tutte quelle alterazioni, lievi o gravi che siano, che ad esse appartengono, e che formano parte essenziale di questi pratici studi.

Quando un individuo è ernioso da qualche tempo, e l'ernia, come suole spesso essere la inguinale o la ombellicale, è entero-omentale, nè fu contenuta o mal contenuta, lasciando che il cinto facesse una pressura molesta sovr'essa; quando quest'ernia è sciolta e libera, entra ed esce, oppure, senz'essere strangolata, è irreducibile, varie sono le croniche alterazioni che subisce il tumore ernioso, sia sulle pareti continenti, sia sui visceri contenuti, sugli orifizi e sui canali che li dettero la via. Quindi non è senza utilità, come ho detto, aver conoscenza di queste stesse alterazioni, perchè, incontrandole nel compiere la Erniotomia, ci si sappia condurre a dovere, dando ad esse il loro giusto valore.

Fra le alterazioni che importa al chirurgo maggiormente di conoscere, vi sono quelle del *sacco* e dei *visceri* in esso raccolti; i quali, secondo lo stato dell'ernia, la sua antichità, le successioni morbose e le complicate, possono essere per forma

e per modo singolarmente diverse. Alcune di esse appartengono alle ernie tutte in generale, altre sono speciali ad alcune.

Quando l'ernia è recente e sciolta, e quindi il viscere o i visceri che la costituiscono insieme al sacco, sono da poco usciti fuori formando il tumore ernioso, senza che il tempo abbia permesso delle alterazioni successive che poi avvengono, allora si notano soltanto dei cangiamenti di direzione e di forma, sia del viscere ernioso, sia dei tessuti esterni che lo ricuoprano, i quali sono solamente sollevati e distesi. Se è l'omento per esempio che fece ernia, esso è allungato, teso, compresso all'anello, e pieggettato nel senso longitudinale, con tendenza ad espandersi ed indurire nella sua estremità libera; la quale, come prima facilmente ebbe modo d'uscire, trova poi evidente difficoltà a ripassare per le medesime vie. Se poi fu l'intestino che si fece ernioso, o solo o coll'omento, piglia esso una forma variabile, secondo che si protuse un'ansa intera o una piccola porzione di essa. Nel primo caso l'intestino forma un'arco di cerchio con breve corda o si aggruppa ad 8 in cifra; i suoi due capi si addossano e si stringono insieme al foro da cui passarono e inspessiscono, perdendo quella superficie liscia e pulita che avevano: esaminati nella cavità addominale essi fanno stacco bruscamente col resto del canale, sempre un poco più ristretti, e quando si stendano le intestina insieme con l'ansa stessa che formava l'ernia, quest'ansa pare un *festone* aggiunto al tubo intestinale. Nel secondo caso, cioè quando fece ernia una porzione di ansa, la quale subisce le medesime alterazioni come se fosse venuta fuori intera, allora, guardandola in continuazione col resto dell'intestino, par proprio un *diverticolo* che si stacchi da esso, benissimo limitandosi coll'occhio quel segmento che si protuse.

Se poi l'ernia è di antica data, e per molti anni liberamente discese e rientrò, oppure, senza essere strangolata, si fece irreducibile, le alterazioni non si limitano allora ai soli visceri che fanno ernia, ma si propagano all'inviluppi di essa, sia che l'ernia fosse ridotta e contenuta col cinto, o mal contenuta, come accade sovente che il cinto vi preme sopra, sia che fosse lasciata libera, raccogliendola (la scrotale per esempio) in un sacchetto o suspensorio di tela, come alcuni chirurghi hanno anche consigliato di fare e molti erniosi fanno per negligenza, o per nascondere a tutti il male loro reputandolo vergognoso. In questi

casi, dissecando una ernia antica, specialmente se male contenuta o non mai contenuta con opportuni ripari, questo in genere si nota;

1.° La pelle piglia colore fosco là ove ebbe luogo la pressione sul tumore ernioso, si assottiglia o s'ingrossa dando origine a ipertrofia dei suoi propri elementi anatomici e particolarmente delle glandule sebacee secernenti allora una maggiore quantità di umore; si fa sede spesso di eruzioni pruriginose (intertrigo) e moleste, le quali non raramente si accompagnano a nodosità flogistiche, a fignoletti ec., e ciò si nota specialmente nelle ernie scrotali e ombelicali voluminose mal contenute e libere;

2.° I tessuti sotto-cutanei, connettivo e fibroso, per la compressione continua e per la lenta irritazione che necessariamente sopportano, si addensano, si addoppiano, si moltiplicano. Quindi è che, se coll'ajuto dell'anatomia topografica normale, si può conoscere quanti strati cellulo-fibrosi sono in una data regione prima di giungere ad una apertura erniaria, quando l'ernia si è poi formata ed è antica, grande o piccola che sia, contenuta da molto tempo bene o male che fosse, non possiamo allora assolutamente dichiarare quanti strati si debbono e si possono incontrare ed incidere prima di giungere al viscere protuso e strangolato. Thomson, forse esageratamente, di questi strati morbosi ne contò dieciotto in talune ernie inguinali ⁽¹⁾. Anche il coltello, dividendo lamella da lamella ipertrofica, ne può fare a sua voglia. Lo stato patologico cresce il numero e la spessezza dei normali involucri: vi è chi ha trovato il solo tessuto connettivo che ricuopriva il sacco, della grossezza di un centimetro (Marzolo). Pare che la natura raddoppi in questi casi i suoi mezzi per chiudere quanto più può e difendere il tumore ernioso. Fra li strati membranosi che ricuoprono l'ernia, all'inguine per esempio, in quella guisa che si possono trovare delle glandule linfatiche ipertrofiche e dure, oppure rammolite e cavarie, così si possono pure notare, coaguli di sangue, propagini grasse da somigliare l'omento, cisti sierose da parere proprio sacchetti erniari, e, nelle ernie strangolate, notare pure trasudamenti flogistici, adesioni delli inviluppi perierniarj, in-

⁽¹⁾ *Conclusions anatomiques sur les enveloppes de la hernie inguinale.* Paris, Académie des Sciences 30 Novembre 1835.

filtramenti sanguigni e purulenti, fino l'ascesso. Quando una ciste sierosa semplice o multilocolare sta avanti il sacco che racchiude l'ernia, il chirurgo, operando quest'ernia, può esser tratto in errore, credendo essere a buon porto della sua operazione quando è soltanto al suo incominciamento, e credendo di essere dentro il sacco erniario quando n'è fuori. Trattando in seguito della Erniotomia, dirò in qual modo egli si debba condurre onde fuggire quest'errore che potrebbe esser gravissimo, e come ei debba procedere con prudenza e con frutto a fine di cansarlo;

3.° Li organi che avvicinano o rasentano un tumore ernioso, possono essere semplicemente spostati e diversamente, secondo il minore o maggior volume e qualità dell'ernia stessa, conservando però le relazioni loro proprie e delle singole parti che li compongono. Il cordone dei vasi spermatici, per esempio, nell'ernia inguinale esterna, essendo quasi sempre dietro e alla interna parte dell'ernia, può avvenire, sia per il volume stragrande dell'ernia stessa (vasto oscheocele), o perchè fino da principio passò essa nella di lui guaina, che questo si vegga scomposto, e invece di conservare raccolta la sua ordinaria forma e tessitura, sia sparpagliato coi suoi vasi sulla parte anteriore delli involuppi erniari in guisa da rimanere facilmente offeso, operando. E può pure accadere, che, per una speciale forma di ernia inguinale (la funicolare) il testicolo, avendo ordinariamente la sua sede in basso ed in dietro, si faccia anteriore e sia sovrapposto all'ernia in modo da potere esso pure, non avvertendolo, essere offeso nella Erniotomia;

4.° Li orifici ed i canali erniari, che possono nelle ernie di fresca data rimanere angusti, nelle vecchie ernie si slargano talvolta fuor di misura da ammettere due o tre dita raccolte a cono. I canali, l'inguinale lo mostra, possono poi trasformarsi affatto in anelli, facendosi, di obliqui che erano, diretti,

Talune ernie, quando sono vecchie e voluminose (la inguinale esterna, la ombellicale, la ischiatica) oltre la primitiva loro sede si distendono nelle regioni vicine, guadagnando spazio fra i muscoli e le aponevrosi, fino a giungere a regioni anche lontane. Così la crurale, soverchiata l'arcata che le sta innanzi, si distende sulla regione iliaca al pari della inguinale; la ombellicale fra la pelle e i muscoli larghi dell'addome si diffonde

tanto da vedere coll'occhio un asserpamento sotto la pelle stessa; e la ischiatica, superato il solco che divide la natica dalla coscia, può scendere fino alla regione poplitea, come di un siffatto caso ne fece istrutti recentemente il chiaris. Prof. Marzolo di Padova (1).

Fra l'inviluppi dell'ernia quello che sempre accompagna il viscere o i visceri protusi come l'ombra il corpo, e quello che più interessa sia conosciuto dal patologo e dall'operatore, perchè per esso l'ernia sciolta può radicalmente guarire, come per esso frequentemente strangolarsi, è il *sacco erniario*, del quale terrò proposito nella successiva lezione.

(1) Dell'Ernia della scissura ischiatica — Memoria — Padova 1871 —

LEZIONE SECONDA

ANATOMIA PATOLOGICA: *del sacco erniario; suoi caratteri e sue varietà di forma e di struttura: alterazioni che esso ed i visceri contenuti possono presentare quando l'ernia è sciolta riducibile o irriducibile.*

Signori,

Fra l'inviluppi dell'ernie, dopo la pelle e li strati cellulofibrosi ed altri che la ricuoprono, quello che maggiormente interessa al patologo, al chirurgo, e all'operatore di ben conoscere, e sul quale credo sia prezzo dell'opera spendere più lungo discorso, è il *sacco erniario*, propagine del peritoneo; il quale, scendendo coi visceri, e dilatandosi e modellandosi su di essi, li chiude e li raccoglie nella sua propria borsa, quasi in una custodia, tolte quelle ernie che sono affatto prive di sacco, quali son quelle prodotte per ferite penetranti nella cavità addominale, sia recenti, sia non condotte ancora a completa cicatrice.

Li antichi patologi, come ho accennato brevemente nella passata lezione, crederono; prima, che quando l'ernia si produceva, il peritoneo si rompesse (*rottura*) e non avesse essa mai sacco; poi stabilirono che lo avesse soltanto quando si formava lentamente, non quando si manifestava repentina ed istantanea per uno sforzo violento.

Dopo li studi anatomico-patologici fatti su questa malattia da uomini valenti e coscienziosi, e più particolarmente dal Morgagni, dal nostro Benevoli e dal sommo Scarpa, è positiva verità, che ogni ernia, venuta lentamente o repentinamente, ha il suo sacco erniario, cioè ha il suo inviluppo peritoneale parietale, essendo il peritoneo capace di traslocamento e di distensione enorme; della quale, qualora altri e più gravi mali (l'ascite) non

ce lo dimostrassero, non si crederebbe capace, guardando alla sua estrema sottigliezza, e al modo col quale si tende e si attacca sulle interne pareti addominali ed in ogni sua qualunque parte, da parere che il più leggero sforzo e la più lieve trazione dovessero romperlo. Nè solo il peritoneo scende ad inviluppare l'ernia, ma con esso il tessuto cellulo-grassoso che lo tappezza e lo involge (fascia propria), e nel quale sono molti vasellini sanguigni e linfatici, ed una evidente disposizione a subire diverse trasformazioni e successioni morbose, non chè ad infiltrarsi di materiali plastici fino al punto da dare al sacco stesso forme e caratteri speciali, dei quali sarà poi tenuto conto.

Quando l'ernia si forma e fa *punta*, ed è entrata appena nell'anello che deve poi schiuderle più larga la via, il sacco erniario rappresenta un *festoncino*, un'*ampolla*, l'estrema parte di un *ditale di guanto*; e allora, e anche quando sia più disceso, e fino a che non abbia contratto salde adesioni, o coll'anello aponevrotico, o con i tessuti esterni, ciò che con questi presto succede, può ritirarsi ed essere compiutamente rintrodotto insieme al viscere nella cavità addominale. Questo però avviene soltanto nelle ernie incipienti, piccole, che appena possono sensibilmente rialzare quella parte della regione ove si formano, o soltanto la rialzano quando il malato tosse, starnuta, fa sforzo. In questo caso l'orifizio del sacco è più largo dalla parte dell'addome che nel fondo, perchè è dall'addome che la natura lavora centrifugamente a spinger fuori i visceri e a dare sviluppo all'ernia. Allorchè poi il sacco è viepiù spinto e scorre e passa per un canale (l'inguinale), o soverchia un anello (l'ombellicale), ed ha agio a distendersi ed ampliarsi quanto glielo permette la interna potenza che lo spinge e la varia resistenza delle esterne parti, allora il sacco, sviluppandosi secondo il crescere dell'ernia, e modellandosi sulla forma che essa piglia, si fa *sferoidale*, *ellittico*, *globoso*, *funicolare*, *cilindrico*, a *pera*, a *mela*, a *borsa*, a *otre*; allora ha il suo orifizio addominale assai più stretto in paragone del suo fondo e del suo corpo, che può essere amplissimo, e, guardandolo dal lato del ventre, quest'orifizio può aver figura *circolare*, *ellittica*, *triangolare*, *poligonare*, a *fessura* e diversa ancora, secondo il lavoro patologico che vi si sia formato, secondo la qualità dell'ernia, la sua sede ec.

In ogni ernia completa nel suo svolgimento (pigliamo

ad esempio l'ernia inguinale esterna maschile, che abbia oltrepassato l'anello esterno del canale inguinale e sia inoltrata nello scroto verso il testicolo) il sacco erniario studiato nella sua più semplice e naturale manifestazione, si divide, come già avete inteso, virtualmente in tre parti, che sono; l'*orifizio* addominale per il quale l'ernia passa, il *corpo* che la contiene, il *fondo* che la limita. L'*orifizio* piglia poi il nome di *colletto*, allorchè, come dirò fra poco, si organizza, si fa rigido, s'indura, ed ha, toccandolo, quasi la consistenza di un tessuto fibroso. Il *corpo* rappresenta la parte più larga, più espansa, quella per la quale ha la sua propria forma e figura. Il *fondo* è quel segmento opposto all'*orifizio*, e sul quale l'ernia giunge, riposa e preme. Ciò che in principio è fondo, in una antica e voluminosa ernia può diventar poi corpo, accrescendosi e distendendosi questa borsa peritoneale talvolta smisuratamente.

Nelle ernie recenti, e che scesero da poco tempo in un canale, o appena ne oltrepassarono i confini, se si guarda coll'occhio anatomico, si vede che l'*orifizio* del sacco erniario ha delle pieghe longitudinali fatte dalla stessa sierosa; le quali nel primissimo principio della loro formazione, si possono spiegare e togliere, quasi che il peritoneo, e questo pare evidente, nel costituire l'*orifizio* del sacco, essendo troppa la stoffa per il foro, siasi pieghettato, come appunto farebbe una borsetta, che alla sua apertura fosse stata chiusa da un cordoncino scorsoio, o come l'ano, che schiudendosi e riserrandosi, mostra visibilmente le sue pieghe longitudinali. Fin qui tutto può rientrare nell'addome compreso il sacchetto, e l'ernia, ridotta e contenuta completamente, guarire. Ma, durando il male, e l'ernia non essendo stata riposta o mal riposta con cinto imperfetto, e il viscere o i visceri passando e ripassando per l'*orifizio* del sacco, e questo trovandosi ad essere sforzato, compresso e *irritato*, nascono poi nell'*orifizio* stesso delle alterazioni e successioni morbose, che importa grandemente di conoscere, che furono studiate in special modo da J. Cloquet ⁽¹⁾, da Demeaux ⁽²⁾ e da Malgaigne ⁽³⁾, e che stabiliscono la maniera

(1) De l'évolution du sac herniaire. Archives de la Chirurg. française et étrangère 1842, T. V, pag. 342.

(2) Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen. Thèse 1817.

Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales. Paris 1819.

(3) Leçons sur les hernies. Paris. Moniteur des Hôpitaux 1854.

di organizzazione patologica propria dell'orifizio del sacco stesso; il quale appunto, per le modificazioni che subisce, per i caratteri nuovi che manifesta, e per una sua natural tendenza che ha a restringersi e farsi assai resistente, ed anche per esser medio fra il contorno dell'orifizio ed il vero corpo del sacco, ha preso il nome di *colletto*, parte dell'ernia molto importante, sia che si miri alla possibilità della guarigione spontanea delle ernie, e a quella che può essere procacciata con i mezzi tutti dell'arte, sia che si voglia considerare il bisogno e l'atto stesso dell'Erniotomia.

Tre sono i lavori patologici che si vanno compiendo sull'orifizio o colletto del sacco erniario, quando l'ernia conta una certa data, sia pure stata ridotta, ma in guisa che il sacco non abbia potuto tenerle dietro.

Il primo, il più costante ed il più evidente, è prodotto dalla adesione delle pieghe longitudinali dell'orifizio stesso; le quali, attaccandosi in loro stesse con le faccie che si toccano, come fa agevolmente una sierosa a contatto con sierosa, danno origine ad un ingrossamento di questa stessa apertura erniaria, e quasi dir si potrebbe ad una cicatrice, che qua e là increspandosi, dà luogo a dei piccoli rialzi detti *stigmata* dal Cloquet. Il secondo lavoro morboso si genera, non frequentemente, sulla interna e secernente faccia della sierosa, ed è, quando vi si formano e vi si organizzano dei versamenti plastici, dei punti, dei noduli, delle false membrane, le quali evidentemente danno maggior grossezza alla sierosa medesima e la rendono aspra. Il terzo processo patologico si genera nel cellulare grassoso che cinge a guisa di ghiera l'orifizio peritoneale del sacco, ed è cagionato da dei trasudamenti fibrino-albuminosi, da proliferazione di tessuto connettivo, per cui si forma un tessuto fibroide che fa scomparire il grassoso, e questa appunto è la più rilevante alterazione che fa che il molle orifizio del sacco si trasformi in *colletto* erniario, rigido, duro, aspro e qualche volta si direbbe tagliente a somiglianza del margine falcato del ligamento del Gimbernart.

Queste alterazioni complesse, ora abbracciano e si diffondono per tutto l'orifizio, ora si trovano più pronunziate in un segmento di esso; e ciò a seconda delle naturali disposizioni dell'ernia e dell'ernioso, del modo di custodire il male che egli porta, e dell'irritazione, che, specialmente per mezzo del cinto, esso può

aver subito. Il colletto poi si può trovare in totalità o in parte adeso all'anello aponevrotico, per il quale l'ernia si aperse la via, ed è allora ordinariamente ristretto. Quando l'ernia è ridotta, e il sacco perciò non la contiene, nè può seguirla nell'addome, resta vizzo, vuoto, pieggettato, più piccolo, qualora non subisca delle speciali metamorfosi, quali sarebbero di trasformarsi in una cisti sierosa, chiusa, semplice o multiloculare; empirsi di materia grassosa; tramutarsi in tessuto fibroide con corpi fibroidi interni; tramutarsi in cavità di ascesso ⁽¹⁾, oppure compiutamente chiudersi e scomparire, come ha dimostrato il Malgaigne.

Chi promuove negli orifizi dei sacchi erniari questi mutamenti organici, per i quali essi s'indurano, si restringono, si fanno fibroidi e rappresentano un rigido e duro colletto? Avvi chi pensa (Cloquet) che, senza atto infiammatorio preesistente, ma soltanto per spontaneo addensamento di tessuto, e poi per adesione e secchezza di membrane, si possa organizzare, restringere e cicatrizzare il colletto. Demeaux invece crede, che il lavoro patologico che presiede alla organizzazione del colletto, sia dovuto ad una semplice flussione vascolare sanguigna dei minimi vasi del cellulare grassoso che circonda l'orifizio del sacco, e che, per questa sola flussione o iperemia, si producano i versamenti plastici necessari a mutar l'orifizio in colletto. Malgaigne ⁽²⁾, si spinge innanzi e sostiene; che, non alla sola flussione, sanguigna, ma alla vera limitata circoscritta occulta infiammazione dell'orifizio, siano dovuti i trasudamenti plastici, visibili talvolta sulla stessa sierosa, e tutto quel lavoro morboso per il quale l'orifizio del sacco si organizza. Ed invero questa ultima dottrina pare la più probabile, quando si pon mente alla qualità delle alterazioni, al passare e ripassare dell'ernia che pur deve premere sull'orifizio, e principalmente alla pressione che deve fare il cuscinetto del cinto sul collo del sacco e sul suo orifizio, non che al dolore molesto, e qualche volta intollerabile che li erniosi provano tenendo il cinto a molla, onde cercare di guarire o almeno contenere la loro ernia.

Quello che importa di ben ritenere nella mente, facendo

⁽¹⁾ Dott. ONOFRIO SANTINELLI. *Sacco ridotto a cavità di ascesso con guarigione dell'ernia* ec. Bull. delle Scienze Mediche di Bologna, Anno 1852, pag. 363.

⁽²⁾ Loc. cit.

questo studio del colletto del sacco erniario, è, quando l'ernia non lo passa, la tendenza naturale ch'esso ha a ristringersi ed anche a cicatrizzarsi compiutamente per mezzo dei versamenti, delle brighe, delle trabecole, delle adesioni ec.

Ed è appunto su questa tendenza che si appoggia la speranza della cura efficace e della guarigione radicale dell'ernia sciolta mantenuta col cinto. Nei bambini questa guarigione la si osserva frequente quando patiscono dell'ernia inguinale esterna o della ombellicale; e talora, forse per il graduato sviluppo del bacino, guarisce spontanea e senza soccorso alcuno dell'arte l'ernia inguinale, allorchè l'anulo dal quale prese la via, si trasforma in canale, si fa obliquo, e da se stesso naturalmente si chiude. Non può guarir mai un'ernia qualsiasi, se l'orifizio o il colletto del sacco erniario non si restringe notevolmente da impedire l'egresso al viscere o non si chiude affatto. La sola distruzione del corpo del sacco, quando l'orifizio rimanga aperto, non basta a procacciare la guarigione. Di questo sacco sieroso, la parte che sta di fuori è secondaria, la essenziale è il colletto, il quale rappresenta la valvula che può permettere o impedire la uscita dell'ernia.

E qui è utile e necessario pur di notare, ed il Chirurgo lo ricordi, che il colletto del sacco, ora si trova a livello del foro aponevrotico che diè via all'ernia, e sul quale spesso si modella e si attacca; ora invece, per esser l'ernia cacciata in dentro o spinta in fuori, se ne distacca, alzandosi o abbassandosi, da trovarlo, o molto profondo, o molto superficiale. Io due volte, operando, raggiunsi il colletto dell'ernia inguinale esterna strangolata nella regione ombellicale, ove era stato spinto fra le intestina da far credere in principio che l'ernia compressa rientrasse libera nell'addome; e spesse volte poi, sbrigliando ernie crurali strozzate, mi accorsi bene che il colletto che le strozzava era assai al di sotto del livello della piega falciforme del ligamento del Gimbernart che confina in alto il canal crurale. Questo frequente spostamento del colletto del sacco dalla sua primitiva sede, ben conosciuto dall'operatore, può rendere men difficile e perigliosa quindi più agevole la Erniotomia.

Le antiche e voluminose ernie, che non furono mai ridotte o furono mal contenute, e che sempre scesero nel sacco e vi si mantennero, distendendolo ed ampliandolo (tali la inguinale esterna,

la ombellicale, la ischiatica ec.), hanno esse pure il loro solido e robusto colletto; ma questo, invece di essersi ristretto, come avviene quando l'ernia è mantenuta nel ventre, per la continua pressione centrifuga che sopporta, si trova slargato e sfiancato a tal punto, da potervi talvolta cacciar dentro le tre, le quattro dita riunite a cono, e con esse passare liberamente nella cavità addominale, dato che l'ernia sia libera e riducibile. Lo stesso canale inguinale, ravvicinatisi i suoi due orifici, l'interno e l'esterno, si riduce ad anello largo e capace. Queste vecchie ernie, che un mio amico medico scherzevolmente parlando solea chiamare *co-comerali*, di rado vanno soggette a strangolamento per opera del colletto del sacco erniario, se non è che si strozzino in loro stesse per la gran massa dei visceri fuori usciti.

Ed oltre a questi traslocamenti del colletto, il sacco tutto può presentare delle forme speciali ed anche imbarazzanti per chi deve operare, e che fa mestieri conoscere, non tanto perchè è debito nostro di essere informati di tutte le alterazioni che può subire una parte ammalata, quanto per sapere nel bisogno della operazione provvedere nel modo più utile e conveniente.

Il sacco dunque, invece di avere un sol colletto come ha ordinariamente, ne può aver due, tre e quattro; sacco a corona da rosario. Pare che il primo colletto venga cacciato a far corpo col sacco dai visceri che lo premono e lo spingono, e come del primo, così del secondo e via via. Un'ernia nuova si sovrappone per dir così ad un'ernia vecchia. Questo può avvenire specialmente se il colletto primo non acquista coll'anello aponevrotico salde e robuste adesioni da resistere all'impulso viscerale. Malgaigne sostiene che lo stesso sacco, e senza che si sposti il colletto primo, può da se medesimo qua e là restringersi, forse per influenza di orli, di falde aponevrotiche, di organi vicini, o di cinti male adatti, comprimenti sull'ernia, quindi sul corpo e non sul colletto del sacco, come sempre dovrebbero premere per corrispondere al loro scopo. Le ernie inguinali congenite sono quelle che a questo chirurgo hanno mostrato tali possibili primitivi restringimenti del corpo del sacco. Con questi colletti multipli si comprende di leggeri, come in caso di strangolamento dell'ernia, questo strangolamento possa essere in sede non ordinaria, e possa esser fatto da uno di questi colletti, lasciando li altri liberi all'ernia. Molti autori che trattarono dell'anatomia patologica delle ernie, inco-

minciando da Arnaud ⁽¹⁾, registrarono casi di sacco erniario a più colletti, qualche volta in forma bizzarra e singolare. Il Prof. Taruffi di Bologna cita un esempio in cui il sacco erniario aveva la forma dell'intestino crasso, con quattro restringimenti circolari assai pronunziati e pressochè equidistanti; i quali, non osservavansi sovrapposti in linea verticale, ma uno rimaneva di sbieco rispetto all'altro, in guisa chè il tumore in forma presso a poco cilindrica sembrava ripiegarsi sopra se stesso, quasi un'ansa molto lunga e pigiata all'estremità per avvicinarle ⁽²⁾. Quando il testicolo è recentemente disceso nello scroto, e che la sua vagina propria, o non si chiuse presto, o rimase poi morbosamente aperta, qualora gli tenga dietro un'ernia inguinale per il canale del Nuck, il sacco, che viene ad esser formato dallo stesso canale e dalla vaginale sierosa testicolare, può presentare un restringimento là ove queste due produzioni peritoneali si limitano, e può presentarlo ancora quando, per cagione traumatica, la vaginale si ruppe, pregna spesso di sierosità, e permise all'ernia di scendervi dentro. Non è dato di potere per le sole osservazioni anatomico-patologiche note stabilire tutti i possibili modi di restringimento e di mutamento di forma del sacco erniario: basta conoscere i più comuni e notevoli per aver guida sufficiente per i casi di Erniotomia.

Altre alterazioni importanti che può presentare il sacco, sono quelle dell'essere esso doppio (Landi, Speziani, Corradi ec.), a bisaccia, triplo o a più borse; l'essere col suo fondo caudato e la coda rovesciata sul corpo; l'esser doppio, cioè un sacco dentro l'altro; l'esser rotto e per la rottura essere uscita l'ernia ed ivi essersi anche strangolata; e queste lesioni e differenze di forma far capo sempre ad un solo ed unico colletto addominale. Il sacco multiplo e con distinte camerelle può esser prodotto, o da uno sfiancamento *parziale* del colletto, il quale, lasciato intatto il sacco primo, può dar luogo ad un secondo, ad un terzo ec., per nuova discesa o allungamento del peritoneo: oppure dall'essere il sacco primitivamente spartito da briglie, da setti, da diafragmi membranosi, in guisa da poter notare in esso più cavità, in una delle quali, come può raccogliersi un ernia, così vi si può strangolare.

⁽¹⁾ *Observations sur plusieurs hernies. — Mémoires de Chirurgie*, T. II, 1743.

⁽²⁾ *Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna*. Serie 3.^a, Vol. 22, pag. 348.

Anche un sacco che abbia un restringimento, non potendo più passar l'ernia per il punto ristretto, può aprirsi dilatandosi una nuova via, bilobarsi, farsi a bisaccia, e pigliare tutte quelle forme strane singolari e bizzarre, che i patologi ci hanno descritto. Questi sacchi, o possono essere l'uno sull'altro, o laterali; uno maggiore e l'altro più piccolo, di forma, di figura diversi. Non è a dirsi abbastanza quanto in questi casi l'operatore debba esser cauto e prudente, e di quanta perizia egli debba dar prova per condurre a buon termine la operazione, quando occorra; tanto più che nel sacco o nei sacchi aggiunti, vi possono essere delle alterazioni (versamenti sierosi, sanguigni, purulenti ec.) da condurlo facilmente in errore. E fin qui basti del sacco, della sua formazione, dell'orifizio e del colletto erniario, e come questo, ridotta l'ernia, avendo la tendenza a restringersi, possa procacciare la completa guarigione dell'ernia e chiudersi affatto non rimanendone vestigio; e basti pure aver notato le varie forme e pertinenze del sacco stesso, i suoi restringimenti, le borse varie nelle quali può esser partito, e quanto di più speciale si appartiene a questa custodia membranosa dell'ernie, che, mentre le limita e le tutela, può pure crudelmente strangolarle.

Ora, penetrando nel sacco, e studiandovi le più consuete alterazioni possibili a generarsi fra esso ed i visceri contenuti, e per le quali l'ernia si rende spesso irreducibile, quando senza esse non lo sarebbe, le prime e le più importanti che vi si osservano sono *le adesioni*. Sia per flogosi parziali prodotte specialmente dalla pressione del cinto, sia per quella tendenza che le superfici sierose hanno, poste a contatto e mantenendovisi, di aderirsi fra loro, fatto è, che, operando ernie strangolate e studiandole sui cadaveri, non raramente si veggono le viscere attaccate al sacco.

Queste *adesioni* possono essere *recenti* o *antiche*; quindi molli, gelatinose come le chiama lo Scarpa ⁽¹⁾, e perciò agevolmente solubili; oppure solide, forti, organizzate, di vecchia data, e costituite da filamenti (adesioni filamentose), da briglie, da falde fibro-membranose, da tramezzi e diafragmi ec. Può anche il visceri immedesimarsi e far corpo col sacco in guisa da non essere, disseccando, facilmente separabile senza che, o questo, o quello

(1) Sulle Ernie Mem. 2.^a, §. XXIV e successivi.

rimangano offesi. Questa ultima adesione è dallo Scarpa detta *carnosa*, perchè pare che viscere e sacco facciano carne insieme.

Dei visceri, quello che più degli altri è disposto a queste adesioni è l'omento; il quale s'imbriglia in uno o più luoghi del sacco fino sul colletto, nè è raro, che sotto alcuna di queste briglie, specialmente nelle vecchie e voluminose ernie, passando un ansa intestinale, vi si strangoli, strangolamento che si toglie col taglio della briglia stessa, rendendo così di bel nuovo l'ernia libera e sciolta. Anche nel caso di un tramezzo o di un diaframma prodottosi dentro del sacco, e che abbia una ristretta apertura di comunicazione, l'ernia può penetrarvi ed ivi rimanere strozzata. La clinica e l'anatomia patologica che la guida sempre, ammoniscono il patologo ed il pratico dei molti, vari e singolari modi, con i quali un'ernia, specialmente la vecchia inguinale esterna, può strangolarsi, non al colletto nè all'anello, ma nel corpo del sacco erniario, sia per briglia premente, sia per attortigliamento intestinale, sia per stracciatura dell'omento nella quale l'intestino sia passato e ivi rimasto serrato ec. Quando, come è necessario, dovrò trattare dello strangolamento dell'ernia, e queste considerazioni preliminari aprono la via ad esso, tornerò su questo importante e cardinale argomento, affinchè, chi è chiamato ad eseguire la Erniotomia, possa essere esperto delle più consuete, e nel tempo stesso delle più singolari e straordinarie modalità dello strangolamento medesimo a cui ei deve con la sua arte provvedere.

La operazione per l'ernia strozzata è antica, ma la guida ed i precetti a bene eseguirla sono recenti, e traggono il loro principio ed il loro fondamento dalla sola anatomia patologica e dagli studi di quei valorosi che illustrarono questo soggetto delle ernie, fra i quali, come già dissi, noi Italiani dobbiamo sempre tener alti i nomi del Morgagni, del Benevoli e di quel chiaro lume d'ingegno che fu Antonio Scarpa.

Anche l'intestino lasciando da parte altri visceri dell'addome può aderirsi al sacco, sebbene in confronto dell'omento avvenga ciò più raramente, atteso la mobilità peristaltica dell'intestino stesso. Pure quando avviene, e che non sia recente per molli trasudamenti amorfi che ne permettono il distacco, l'adesione è fatta, o da filamenti e piccole briglie, che legano sì l'intestino al sacco, ma non immedesimano le due sierose, in

guisa che il peritoneo intestinale dista alquanto dalla interna superficie del sacco; oppure, e questo è il caso più grave, la sierosa viscerale, parzialmente o in ogni sua parte, si aderisce e si fonde con quella del sacco medesimo in modo tale, chè anche sul cadavere sarebbe impossibile una compiuta separazione senza che il coltello incidesse o l'intestino o il sacco. Questo stato morboso, quando è generale e per tutta l'ernia, è dei più disgraziati per il malato e per l'operatore; perchè, o non si può penetrare nel sacco, o quando vi si penetri, siccome sacco e intestino costituiscono una membrana sola e l'ernia è necessariamente asciutta, così è quasi impossibile non ferir l'intestino se il sacco si taglia. Discorrendo in seguito della Erniotomia, del modo di eseguirla, e delle regole e norme nei casi di complicità, e questa dell'adesione totale è gravissima, dirò in qual modo debba regolarsi il pratico per condurre a miglior fine la sua operazione.

Finalmente, quando l'ernia è di antica data, e specialmente quando non fu contenuta nel ventre col cinto, e, entrando e uscendo, rimase sempre nel sacco, e fu sfregata, irritata o mal sostenuta, per cui si rese poi irreducibile, si producono nei visceri delle alterazioni croniche, le quali è utile ricordare, siavi o no adesione col sacco. Se l'ernia è omentale o entero-omentale, l'omento, s'ingorga di sangue, gonfia, indura, piglia al colletto forma funicolare con solchi longitudinali, si allunga, e alla sua libera estremità nel sacco s'ipertrofizza più che altrove, si spiega e si svolge a forma di fungo, di cavolo fiore; pare tessuto fibroide, scirroso e qualche volta cartilagineo con depositi fosfatici e calcarei da farlo credere un osso. Esso può esser sede di molte glebe grassose, di cisti sierose e idatiginee da ingannare sullo stato vero dell'ernia. Allorchè subisce alcuna di queste alterazioni, delle quali talune sono effetti consueti (le pieghe, il grasso) altre insoliti, esso si rende spesso incapace di ripassare per la via che gli aprì il varco, e l'ernia è fatta per questo irreducibile. L'intestino, per il lungo durare dell'ernia, e per essere più o meno stato sempre contenuto nel sacco, prima s'ingorga di sangue, poi ingrossa nelle sue pareti, perde di fuori la sua normale lucentezza e levigatezza, diminuisce il lume suo e mostra una forma di restringimento, si fa più pesante, e quando si deve riporre, anche facendo la Erniotomia, s'incontra una tal quale difficoltà a farlo ripassare

per l'apertura addominale, sentendolo fra le dita più solido, più compatto, più carnoso e meno scorrevole di quello sia un'altra ansa intestinale che non abbia patito offesa.

Queste sono le più notevoli alterazioni morbose, che, anatomicamente studiate, si ritrovano in un'ernia sciolta, riducibile a irriducibile. Vedremo nelle prossime lezioni quali siano quelle che sono più proprie dell'ernia strangolata.

LEZIONE TERZA

ERNIE STRANGOLATE e loro segni: cagioni dello strangolamento; dell'intasamento, dello spasmo e della flogosi come tali considerate e riflessioni relative. Sede più ordinaria di esso. Alterazioni anatomico-patologiche delle ernie strangolate: rammollimento dell'intestino, semplice o consociato a ulcera o rottura; ernia cancrenata e suoi segni anatomici.

Signori,

Le ernie tutte addominali riducibili o irriducibili che siano, possono rimanere incarcerate, strangolarsi e far nascere nell'ernioso fenomeni gravissimi e tali da metterlo, se l'arte non lo aiuta o la natura non lo soccorre, nel più imminente pericolo, o farlo anche senza scampo perire.

Cosa è lo strozzamento di un ernia? Chi lo produce? Ove avviene?

Ecco delle dimande che hanno aperto da tempo lungo il campo a delle grandi controversie di patologia chirurgica, non ancora compiutamente risolte. Lo strangolamento di un ernia da altro non è cagionato e prodotto, che da un forte e fisso stringimento *essenzialmente meccanico*, che si opera piuttosto repentinamente, come cagionato fosse da un laccio sul viscere o sui visceri erniosi, e per il quale stringimento è per necessità posto ostacolo alla libertà del circolo sanguigno e delle funzioni organiche rispettive, secondo le qualità del viscere strangolato. Quando l'ernia è per esempio intestinale evvi arresto nel corso delle materie che percorrono per la via retta quel lungo canale dal piloro all'ano, o, se queste vengon fuori, escono a ritroso col vomito, portandosi in su per moto antiperistaltico dal punto strangolato fino allo stomaco.

Ora lasciate che io vi abbozzi in compendio il quadro che presenta l'ernioso, abbandonato che sia a se stesso colla sua ernia strangolata, non aiutato dalla benefica natura o dall'arte,

e poi tornerò a discorrere delle ragioni meccaniche dello strangolamento, siano esse pur prodotte da organiche lesioni, e per le quali l'ernia venne a un tratto stretta e imprigionata. Allorchè scoppia lo strangolamento di un ernia addominale, che suole in generale essere repentino, e sia pure la intestinale che è la più comune e frequente, il tumore ernioso, che avanti era molle, cedevole, ed anche compiutamente riducibile, si fa fisso, dolente, irriducibile; il dolore è più forte là ove il viscere rimase stretto, ed ivi premendo, si sente come una corda, un cerchio, rigido, duro, doloroso. Da principio la pelle che ricuopre l'ernia, sebben tesa non muta di colore; poi divien rossa, livida pavnazza, con grosse vene ingorgate; poi s'infiama, e insieme al cellulare sotto-cutaneo, s'infiama pure tutto il tumore ernioso facendo palla. Nel sacco erniario si versa del liquido, prima serioso limpido, poi torbo, fioccoso, sanguigno ed anche purulento; dei gas distendono l'ansa o le anse intestinali, il tumore cresce e tanto più quanto l'ernia era innanzi voluminosa.

In questo primo ed acuto periodo dello strangolamento, vengono in campo altri fenomeni. Il dolore dall'ernia si diffonde all'addome, si fissa talvolta tormentoso alla regione epigastrica; gonfia il ventre specialmente dal lato del tumore; si accende la febbre; le anse intestinali si disegnano all'occhio attraverso le pareti addominali; il malato ha nausea, vomito, singhiozzo, smania angosciosa; il vomito, prima è stomacale degli alimenti, poi delle materie biliose, chimose, chilose, fino delle fecali se queste possono ascendere; l'alvo è chiuso, nè escono feccie o gas, o se escono spontanee o procacciate con clisteri, sono quelle raccolte nel tubo inferiore sotto al punto dello strangolamento; il circolo intestinale è dunque interrotto. In appresso, secondo la potenza dello strangolamento e in un breve intervallo di tempo, il ventre tutto si gonfia e il dolore si spande; si accresce la febbre, e il polso divien piccolo, frequente, profondo.

Qualora a questo stato minaccioso dell'infermo, e prima che insorgano più gravi segni del male, non si provvede e presto, sia colla *riduzione incruenta* dell'ernia, sia colla *Erniotomia*, nè la natura porge per sè stessa ajuto con qualche suo particolare insolito compenso, e l'ernioso è interamente abbandonato al suo male, allora i dolori del tumore e del ventre diminuiscono, e diminuisce la tumidezza di queste parti, specialmente dell'ernia,

quasi fossero per ritornare alle condizioni consuete precedenti allo strangolamento; cessano i vomiti profusi e impetuosi, resta il singhiozzo ostinato ribelle. Il polso si fa esile, filiforme, intermittente; il corpo tutto si raffredda, gelano le estremità inferiori e le braccia; un sudore freddo e viscoso cuopre la pelle e gocciola dalla faccia; la voce è fioca e quasi spenta come nei colerosi (colera erniario del Malgaigne); l'aspetto del malato è quello di un moriente, e, mentre egli e li astanti si rallegrano di prossimo e felice evento, quasi avvenuta fosse spontanea risoluzione del male, sopraggiunge la morte, che spenge le fallaci concepite speranze, e questa prodotta, o per peritonitide acuta, o per cangrena, o per rottura dell'intestino e versamento di fecce nel peritoneo, o per esaurimento di forze vitali o altre accidentali, e complesse cagioni.

Questo quadro doloroso dello strangolamento erniario, studiato in complesso e nei segni suoi generali e speciali che ce lo rappresentano, può variare nelle sue gradazioni, ed ora procedere acutissimo e violento da non dar quasi tempo al chirurgo di spiegare i suoi miti mezzi dell'arte, ma dover sollecito correre alla Erniotomia, seppure essa non vien tarda; ora invece avvanzasi in modo lento da permettere di procrastinare la operazione per uno o due giorni fino oltre al 20.^o, come se ne citano esempi, da quello dello incominciato incarceramento. Ciò che il pratico e l'operatore debbono sempre ricordare ed aver ben fisso nella mente, questo è; che li effetti gravi e locali di un ernia strangolata, non stanno sempre in relazione diretta della violenza dei segni tutti che ce la manifestano. Essi possono essere miti, e notevoli poi le alterazioni avvenute nell'ernia, o viceversa. Si può mettere indugio alla Erniotomia e poi veder col fatto di averla ritardata troppo ed aver perso, provando e riprovando, il tempo veramente opportuno. La troppa fretta, è vero, ci può indurre ad operare avanti che ne appaja l'assoluto bisogno; ma la soverchia tardanza ci potrebbe togliere la opportunità e riuscir rovinosa all'ernioso. Nel curare le ernie strangolate è questo un punto di pratica difficilissimo, che la lunga ed accurata esperienza può solamente rendere meno arduo. Io credo che sia meno in colpa quegli che affretta, che colui, il quale, pascendosi di lusinghiere speranze, ritarda l'atto operatorio. Se il chirurgo potesse dai segni di chi ha l'ernia strangolata argomentare la

sede, la natura, il grado delle alterazioni che le appartengono, il cammino sarebbe certamente meno fallace. Ma a segni eguali e simiglianti corrispondendo in generale alterazioni molto diverse, e con fenomeni miti talvolta essendo esse gravissime, bisogna ch'ei segua la via più sicura e quella sola che possa tutelare e condurre a salvamento l'infermo.

In generale fra le ernie strangolate, quelle che sono piccole, piccolissime e fatte dal solo intestino; quelle che si strozzano essendo innanzi state sempre ridotte; quelle che cagionano i più violenti segni dello strozzamento, che erompono per uno sforzo istantaneo, che hanno manifesta disposizione a presto infiammarsi, sono quelle principalmente che reclamano i più pronti soccorsi della chirurgia. Al contrario le ernie voluminose e antiche; quelle epiploiche o entero-epiploiche; quelle che furono lasciate libere e crebbero a loro voglia nelle sacche sierose; quelle che hanno largo l'anello ed il coletto; quelle in fine che, potendo spesso essere un po' infiammate, non presentano molto violenti i segni dello strangolamento, sono in generale quelle ernie che danno tempo ad operare, che possono non essere operate, e sulle quali, prima di ricorrere all'atto operatorio cruento, si possono e si debbono adoperare tutti i mezzi incruenti che l'arte consiglia per curarle e ridurle, e adoperarli con perseveranza onde la strozzatura si slenti e l'ernia sia resa libera.

Ma qual'è la causa, o quali le cause dello strangolamento erniario? Il fatto cardinale che ce lo rappresenta, quello è di un viscere ernioso, dapprima libero sciolto e mobile, il quale repentinamente o in un tempo assai breve, divien fisso irreducibile gonfio duro dolente, da parer quasi che un laccio l'abbia stretto ed arrestato nei suoi movimenti e nei suoi uffici, in quella guisa che rimane inchiodata e fissa la testa del feto, quando, o il collo dell'utero si serra sposmodicamente sul collo fetale, o il bacino ristretto, anche rispetto al volume soverchio della testa stessa che lo deve traversare, fan ch'essa non si avanzi e s'inchiodi. L'ernia strangolata è anch'essa un ernia inchiodata. Avvertite poi, che, legando e stringendo con un filo un intestino di un animale, di un cane, è noto che si presentano tutti i segni proprj dello strangolamento, quelli stessi che sono stati descritti nell'uomo. Onde l'idea che l'ernia si strozzi

veramente per un atto meccanico, pare la più ragionevole e quella che meglio spiega la natura del fatto. Ma quali sono li agenti che muovono questo atto meccanico? Dipendono dal viscere che gonfiandosi non possa più superare il varco da cui passò? Dipendono dall'anello o colletto o canale, che insolitamente si stringa sul viscere stesso e lo serri? Ecco posto il dito sopra il male e su questioni ardenti, che si agitano da gran tempo fra i patologi, senza che essi siano finora riusciti a mettere in luce palese la verità. Se l'atto dello strangolamento non fosse per se stesso semplice, ma, come pare, complicato e complesso, che varrebbe tener conto e difendere per essenziale uno solo degli elementi che lo costituissero? Le dottrine che dominarono e dominano anche oggidì nelle scuole rispetto alle cause dello strangolamento erniario, dottrine ora difese ora combattute da valenti patologici, sono, che questo possa generarsi nei casi diversi; 1.^o per intasamento viscerale; 2.^o per spasmo dei muscoli larghi dell'addome; 3.^o per infiammazione acuta o cronica, che occupi le parti più ristrette del tumore ernioso, o siasi diffusa ai visceri ed al sacco.

Forse in un ernia strangolata da due o tre giorni, specialmente se è intestinale e lo strangolamento acuto, non è fuor di proposito il supporre che questi tre elementi causali possano riunirsi e cooperare al medesimo fine. Esaminiamoli a parte.

a. Intasamento viscerale engouement dei Francesi.

Pensarono li antichi chirurghi, e particolarmente lo pensò Paolo Egineta (¹), che, nelle ernie intestinali, una causa frequente e efficiente dello strangolamento, ringagliardita dalla infiammazione consecutiva, potesse esser mossa dall'adunamento nello intestino delle materie fecali dure e abbondanti; le quali, colla loro massa e per la loro durezza, potessero fare ostacolo alla riduzione dell'ernia e strangolarla. Questa dottrina, sostenuta dai vecchi chirurghi principalmente, e più di recente dal

(¹) Greco minore e classico scrittore di chirurgia nel VI secolo della Cristianità: egli nel suo libro chirurgico ove tratta dell'*enterocoele*, scrive: « il soggiorno delle fecce « nello scroto (ernia inguinale) adduce, spesso pericolo ». — *Chir. de Paul d'Égine traduite par Briau. Paris 1865.*

Goursaud ⁽¹⁾, fu combattuta e vinta allora dal Malgaigne; il quale, colle prove alla mano, negò affatto che l'intestino che fa ernia e si strangola possa trovarsi mai pieno di dure fecce (crottins) ⁽²⁾. I recenti scrittori che hanno trattato dell'ernie, e fra questi principalmente il Broca ⁽³⁾, ammettono che in qualche rarissimo caso, e lo provano, le fecce indurite miste anche a corpi estranei di diversa specie, possano trovarsi nell'intestino strangolato, e costituire esse un forte ostacolo alla riduzione, risvegliando soltanto i più miti segni della strozzatura intestinale. Broca anzi, ragionando su questo argomento conclude: 1.° che l'intasamento delle ernie intestinali per fecce è possibile e reale; 2.° che non esiste però un fatto che mostri e provi che l'intasamento *solo* possa condurre per se al vero strangolamento erniario. Lo intasamento dunque prodotto da fecce indurite, essendo raro, non risvegliando i più gravi fenomeni dello strangolamento acuto, qualora non vi si aggiunga altro elemento morboso (spasmo, flogosi), ed essendo limitato alle sole ernie intestinali, non rende conto dei gravissimi turbamenti a' quali sono esposti li erniosi.

Ma nell'intestino che fa ernia, oltre le dure fecce, si possono raccogliere materie liquide e gas. E queste possono intasarlo e fare che l'ernia si renda, prima irreducibile, poi veramente strangolata? Finora era comune fra i patologi ed i chirurghi la credenza che ciò non fosse possibile, pensando essi, che al solo comprimere un poco l'ernia e maneggiarla, questi fluidi scorrevoli avrebbero potuto agevolmente essere respinti. Ma dopo ciò che ne hanno scritto O' Beirn ⁽⁴⁾ e Roser ⁽⁵⁾, non si può non ammettere, che anche le materie liquide e gassose, distendendo a un tratto l'intestino e precipitandovisi, non possano porre ostacolo improvviso alla reintroduzione dell'ernia e prepararne lo strangolamento.

Ecco l'esperienza sulla quale O' Beirn si appoggia per provare l'intasamento per ragion meccanica prodotto dai gas. Pren-

⁽¹⁾ Académie Royale de Chirurgie. T. XI 1774.

⁽²⁾ *Leçons sur les Hernies*. Leçon 19.^{me}. Cit.

⁽³⁾ *Thèse*. Paris 1853.

⁽⁴⁾ *On the primary causes of strang.* Dublin Jour. of Med. Scienc. 1839, Vol. XIV.

⁽⁵⁾ *Die Brucheingklemmungs klappen* — *Archiv. für Phys. Heilkunde*. — Stuttgart. 1856-57-60-64.

dete, egli dice, un pezzo di cartone della spessezza di 7 millimetri; fatevi un foro tondo e grande quanto cinque centesimi; impegnate nel foro un'ansa d'intestino; fuori del foro fissate una sonda a uno dei capi dell'intestino stesso, e insufflate dell'aria. Se l'aria insufflata è *spinta lentamente*, essa passa con libertà da un capo nell'altro, circola ed esce; ma se la insufflazione è *Brusca abbondante e repentina*, le due estremità dell'ansa distesa si appoggiano sull'orlo del foro ed in tal guisa, che l'aria *resta imprigionata*, nè esce più da un capo o dall'altro. Ecco l'intasamento dei gas provato artificialmente e all'evidenza. Anco quando l'ernia intestinale è sciolta e non contenuta ed è distesa dai gas, in chi abbia per esempio molto mangiato o camminato, non si sa che risveglia dolore, muove nausea, eruttazione ec., e che è difficile ad esser ridotta, se non ajuta il riposo orizzontale ed altri opportuni compensi?

Roser ha voluto dimostrare con un esperimento assai concludente, che lo strangolamento erniario intestinale riposa essenzialmente sopra un particolare meccanismo valvulare. Sono le pieghe intestinali che rialzandosi in senso opposto alla loro direzione chiudono la via ai gas ed ai liquidi contenuti nell'intestino. Iniettate di acqua, così egli insegna, le arterie meseraiche di un cadavere, onde l'intestino si metta in un certo stato di turgescenza come si deve presumere possa esser nel vivo: poi fate passare in un cerchio o anello solido che possa entrare in un dito, un'ansa che contenga aria o acqua o questi due fluidi insieme: comprimate sulla parte più rilevata dell'ansa in guisa da spingere il contenuto verso l'anello, e troverete chiusa la via, quantunque fra l'intestino e l'anello possa passare liberamente una sonda. Ecco dunque anche per questa via dimostrato l'intasamento di un ernia intestinale; il quale, per poco che richiami una flussione sanguigna, sia nel viscere sia nei tessuti che lo circondano, chi non vede la facilità ed anche la prontezza dello strangolamento erniario?

Nè qui han fine i modi che dir si possono d'intasamento, poichè, indipendentemente dalle fecce solide e dure, dai liquidi intestinali e dai gas che possono intasare un ernia e farla strangolare, come mi pare aver dimostrato con evidenti prove d'altrui esperimenti, anche il viscere, quale esso sia, l'intestino l'omento o altro, uscendo di soverchio a un tratto, e più di

quello che il sacco potrebbe contenere, può intasar l'ernia, e, questa respinta, non rientrare e presto strangolarsi per flussione che si faccia o per spasmo che si produca. Mettete in un dito un anello un po' stretto che entri a fatica, quando sarete per cavarlo, quale ostacolo! La forma del dito, le pieghe della pelle, che quando si mette si spianano e quando si toglie si aggruppano, i rialzi delle ossa ec., possono assolutamente impedire di torlo via. E se non è cavato, segandolo, come un'ernia strangolata che non sia sbrigliata quando urge il bisogno, e l'anello stringa sempre e preme sul dito, il dito gonfia, si fa livido, ingrossa, si strangola, si cancerena. L'intasamento viscerale può dunque, e senza alcun dubbio, essere una efficace e potente causa di strangolamento erniario. Allargato in siffatta guisa il campo dell'intasamento, e reso sperimentale, nè più circoscrivendolo ai rari casi delle dure fecce nell'intestino, non potrebbe esso dar lume, e spiegare molti casi di strangolamento, ove non sono manifeste le cagioni che possono averlo prodotto, ed ove è esclusa affatto la influenza della flogosi, giacchè non ci si trovano di essa i necessari effetti? Non si potrebbe ora, per la conoscenza dei diversi modi d'intasamento, ritornare alla istoria patologica dello strangolamento in generale, che tante menti ha scosse desiderose di rintracciare il vero? Ai savi patologi ne lascio il giudizio.

b. Spasmo dei muscoli larghi dell'addome, dei canali erniari e degli anelli.

Molti e valenti chirurghi del passato secolo difesero la dottrina, che lo strangolamento erniario, specialmente di certe ernie, fosse cagionato dal repentino spasmo dei muscoli larghi dell'addome, e che per esso, venendo a restringersi li anelli e i canali aponevrotici che danno il passo all'ernia, questa rimanesse compressa e poi strangolata. Vi fu anche chi ammise, che li stessi anelli e canali fibri-aponevrotici, per loro propria forza, divenendo cingoli attivi su l'ernia, la potessero stringere e serrare. Pott, nel suo pregevole *Trattato delle Ernie* asserisce, che l'ernia inguinale si strozza sempre per costringimento sovr'essa dell'anello esterno del muscolo grande obliquo, e che,

tolta col taglio quella pressione, essa senz'altro rientra ⁽¹⁾. Gran sostenitore dello spasmo muscolare quale agente dello strangolamento dell'ernie per il consecutivo restringimento delli anelli, fu il Richter ⁽²⁾. Anche A. Cooper lo difese in parte, facendo intendere che il muscolo trasverso ed il piccolo obliquo, possono benissimo, contraendosi sulle ernie inguinali, contribuire allo strangolamento e produrlo. Il Demeaux ⁽³⁾ credè aver dimostrato che l'orifizio erniario, e più particolarmente l'inguinale interno, può attivamente contrarsi sul viscere per opera di fibre muscolari proprie alli anelli, che non furono poi da altri anatomici confermate.

La dottrina che li anelli aponevrotici si stringano attivamente su di un ernia, non ha prove nè si può sostenere. Si può però sostenere, che la violenta contrazione spasmodica dei muscoli larghi addominali, possa stringere e strangolare un ernia, e che, vinto che sia lo spasmo con li antispasmodici, o col taglio degli anelli e delle falde aponevrotiche senza giungere nel sacco erniario, l'ernia possa tornar libera e sciolta. Ciò lo prova la clinica esperienza, e lo provano diligenti istorie di siffatti casi ricordate da A. Cooper ⁽⁴⁾. Quanto poi la contrazione dei muscoli addominali possa aver azione nello strangolamento erniario lo ha pure dimostrato il Bertolle ⁽⁵⁾.

Dopo ciò, che valore può avere la dottrina dello spasmo muscolare e del serramento delli anelli fibrosi per dare in genere ragione dello strangolamento delle ernie addominali? Essa, o spiega soltanto qualche eccezionalissimo caso di strangolamento avvenuto proprio per spasmo, o piglia posto fra le cagioni accessorie o coadiuvanti lo strangolamento medesimo. La dottrina generale, quale la sosteneva il Richter, è caduta nell'oblio, nè valgono a difenderla autorità di nomi e di scuole.

(1) *Surgical Works*. T. I.

(2) *Traité des Hernies, traduit de l'Allem.* par Bougement Bonn, 1784.

(3) *Oper. cit.*

(4) *Anatomy and Treatment of inguinal and congenital Hernia* (London 1804) and *crural and umbilical* (1807).

(5) *Du mode d'action des muscles dans l'étranglement ec.* Thèse. Paris 1858.

c. Infiammazione acuta o cronica, che occupi le parti più ristrette del tumore ernioso, o siasi diffusa ai visceri ed al sacco.

La dottrina che ora va quasi riscuotendo l'universale consenso dei patologi, e che si ripete di bocca in bocca come la più solida e la più vera, è che la causa dello strangolamento erniario sia l'infiammazione acuta o cronica, accesi più specialmente sul colletto del sacco erniario, e che per essa vengano in campo tutti quei fenomeni che si son detti propri dello strangolamento, sebbene la clinica e l'anatomia patologica provino, che si possono curare, operando, ernie veramente strangolate, senza che in esse vi sia traccia alcuna di esistita flogosi, e che un ernia può essere infiammata senza procacciare i segni dello strangolamento.

La dottrina è antica, e quando non si creda per darle maggior peso, farla rimontare a Leonida Alessandrino, si può discendere al Brasdor. Paladino di essa è stato in questi ultimi anni il Malgaigne ⁽¹⁾, il quale ha concluso, che *lo strangolamento delle ernie è l'infiammazione di esse*; conclusione esagerata come sono esagerate sempre tutte quelle dei fanatici rivoluzionari o dei riformatori. Broca segue Malgaigne, e conferma il suo detto aforistico ⁽²⁾.

Niuno certamente potrà mai negare, che la flogosi, primitiva o secondaria che sia, non si trovi spesso compagna delle ernie strangolate, e sempre poi in queste ernie non si noti un abbondante e diffuso afflussionamento sanguigno. Facendo la Erniotomia ed aprendo il sacco, quante mai volte la qualità del siero coi suoi fiocchi e le false membrane sul viscere, non ci attestano evidentemente dello stato flogistico dell'ernia? Onde la infiammazione dell'ernie, sian pur strangolate, è un fatto incontestabile e frequente. Ma, tolto le cause traumatiche,

(1) *Examen des doctrines reçues jusqu'à ce jour sur l'étranglement des hernies*, Gazette Méd. de Paris, 1840. — *Leçons de clinique sur les Hernies*. Paris, 1841: poi 1855. Gaz. des Hôpitaux. — *Du pseudo-étranglement ou de l'influence simple des hernies*. Archiv. gén. de Médecine. 1841. T. XII. — *Nouv. observ. sur le pseudo-étranglement* Journal de Chir. de MALGAIGNE. Paris 1843. T. I.

(2) *Thèse cit.*

che possono accendere subitaneo e primitivo questo processo morboso, negli altri casi chi lo muove, se non sono li atti patologici ad esso precedenti, e che possono aver principio, o coll'intasamento, o col gonfiore viscerale, o colla flussione sanguigna, collo spasmo ec., trovandosi l'intestino o l'omento in una stretta apertura, come si troverebbe un dito gonfio, ma non flemmonoso, in un anello metallico che lo preme e lo stringa? Ed a me pare poi che lo stesso Broca, il quale sostiene che la infiammazione sia la causa determinante e sola di tutti li strangolamenti, come la resistenza di una apertura fibrosa ne è la causa occasionale, dia poi peso a quei primi principii che iniziano lo strangolarsi di un ernia, quando dice ⁽¹⁾; che han valore, la discesa di un ansa in un sacco che abbia stretto l'orifizio, il gonfiarsi dell'ansa stessa, lo sviluppo dei gas, lo spasmo muscolare, la compressione del peduncolo erniario fatta dallo stretto e rigido orifizio, la flussione sanguigna ec.. Le quali lesioni apparessino evidentemente lo strangolamento, e soverchiando di entità e di grado senza che si accenda la flogosi, e contro l'assoluto giudizio che Malgaigne e del Broca, lo possono anche determinare, essendo oggimai cosa provata provatissima, che si possono operare ernie fortemente strangolate che mai non furono nè si trovano infiammate. Ed è per questo forse, che lo stesso Broca ammette delli strangolamenti *misti* ove l'elemento flogistico entra, ma non solo, a generare lo strangolamento. Il quale strangolamento, essendo il risultato di lesioni diverse che concorrono unite a produrlo, e queste diverse lesioni cagionando fenomeni simiglianti, quali son quelli innanzi descritti, diamo pure alla flogosi la più gran parte e la maggiore influenza a determinarlo, ma, forti dei risultati della clinica e dell'anatomia patologica, esitiamo dal confermare l'assoluta dottrina difesa dal Malgaigne, dal Broca e da altri, cioè che la sola flogosi sia capace di generarlo, tenendo in conto i fatti evidenti dello intasamento e della spasmodia ⁽²⁾. Anche in Francia va ora perdendo terreno la dottrina assoluta del Malgaigne e il Richelot in una

⁽¹⁾ Loc. cit.

⁽²⁾ Fra i lavori importanti pubblicati recentemente su questo argomento dell'ernie strozzate, consultate con frutto la Memoria del Dott. Brigidi *Di alcuni casi di Ernia addominale in rapporto alle cagioni e cura dello strangolamento*. Giornale Medico Lo SPERIMENTALE. Anno 1864, pag. 272, 378, 490.

sua tesi testé resa pubblica ⁽¹⁾ ha messo fuori di dubbio ciò che noi Italiani abbiamo sempre sostenuto, cioè che l'infiammazione erniaria non dà assoluta ragione del fatto dello strangolamento, il quale può essere acutissimo senza indizio di flogosi.

Ora, eccettuati i casi di singolare ed insolito modo di strozzamento, fatto per esempio da briglie tese nel sacco; dal sacco a più colletti, a borse, e camerelle, ove il viscere siasi condotto e strozzato; da aggrovigliamento dell'intestino; da smagliatura dell'omento, del mesenterio o del sacco rotto, in cui il viscere sia passato o restato preso, si domanda; *quando l'ernia è strangolata, in generale ove ha sede lo strangolamento?* Lo strangolamento in generale ha la sua ordinaria sede al *colletto* del sacco erniario. Ciò ha dimostrato fra i primi il Le Dran ⁽²⁾. E, notate bene, che dico al colletto, e non all'anello aponevrotico dell'ernia, perchè, se il colletto può trovarsi talvolta legato o immedesimato all'anello che è fisso, può anche, essendo quello mobile, sollevarsi od abbassarsi, cioè essere più interno o più esterno. Ed è appunto questo colletto che bisogna raggiungere, tagliare e sbrigliare coi nostri ferri, quando l'ernia strangolata non rientra. E che il colletto del sacco erniario sia la più ordinaria e consueta sede dello strangolamento, lo travedero il Nuck, il Littre, il Rivière e l'Arnaud, lo confermarono lo Scarpa, il Dupuytren, il Demeaux, il Cloquet ec., lo dimostrò all'evidenza il Malgaigne ⁽³⁾. Non è più alcun dubbio intorno a questa verità patologica. Il colletto può stringersi sull'ernia o questa strozzarsi sul colletto in modo *acuto* o *cronico*. L'acuto si suol verificare nelle ernie piccole o di mediocre volume, che furono contenute, che non sono vecchie, che non hanno largo l'anello aponevrotico, che presentano fenomeni violenti di strangolamento ed incalzanti, che permettono poco l'attendere. Quindi questi strangolamenti sono fra i più perigliosi, e sono quelli, che prodotti essendo appunto dal colletto rigido, e i visceri trovandosi fortemente compressi e da esso strozzati, ne risentono i maggiori danni e ne ricevono le più temibili impronte, onde i profondi solchi, l'ulcerazione, la rottura dell'intestino, la can-

(1) *Dé la peritonite herniaire et des ses rapports avec l'étranglement.* — *Thèse inaugurale.* Paris 1873 — *Gazette Med: de Paris* Août 1874. N. 35.

(2) *Observ. de Chirurgie.* T. II. pag. 15. Obs. 37. Paris. 1731.

(3) Opera cit.

crena ec. Le ernie voluminose, vecchie, lasciate libere, con largo anello ec., sebbene possano essere strangolate pur esse dal collo, non richiamano tanto la sollecitudine del chirurgo e gli permettono di cimentare tutti i mezzi della sua arte prima di scendere ad operare.

Ora, detto avendo delle cagioni dello strangolamento erniario e della sua più consueta sede, cerchiamo di conoscere e determinare, e questo gioverà molto ai nostri studi pratici, le principali e più notevoli alterazioni, le quali, per l'atto dello stesso strangolamento, si generano nell'ernie; alterazioni che spesso ritroviamo ed abbiamo sott'occhio nel compiere la Erniotomia, e dalle quali anzi si può aver norma del prognostico felice o contrario della nostra operazione. Descrivendo siffatte lesioni anatomico-patologiche, io seguirò l'ordine stesso tenuto nell'esame di quelle dell'ernia sciolta, cioè passando dalle superficiali alle profonde parti del tumore ernioso; considerando prima quelle dell'inviluppi, poi del sacco, indi dei visceri. Ci ajuteranno in questo esame i Trattati Generali di anatomia patologica, le Memorie sulle Ernies dello Scarpa, i Trattati recenti di Patologia Chirurgica e Medicina Operatoria, le accurate osservazioni sull'argomento del Nicaise⁽¹⁾ e di altri valenti indagatori. Sarà utile in questo studio partire antecedentemente quelle lesioni che sono proprie del primo tempo dello strangolamento, da quelle che gli tengono dietro e sono attinenti all'avanzarsi progressivo del male, quando specialmente, invadendo la flogosi, altera guasta e turba tutta la compagine del tumore ernioso.

Quando scoppia lo strangolamento con segni di maggiore o minore acutezza, e quando ancora nell'ernia non si possono considerare che li effetti meccanici della causa o delle cause che la strangolano, le alterazioni di tutte le parti del tumore erniario sono molto simili a quelle dell'ernia sciolta già descritte. Se non che è più abbondante la flussione sanguigna, specialmente là ove segue lo strozzamento, più turgidi i vasi tutti del sangue ed i venosi, maggiore l'ampliezza e la tensione del tumore tutto. L'*inviluppi* dell'ernia scivolano sui tessuti sottoposti, la pelle si può rialzare, stringere e sollevare in piega: fino al

(1) *Des lésions de l'intestin dans les hernies.* THÈSE, 1866, N.º 149, Paris.

sacco non si trovano alterazioni di conto, se non sono di vecchia data, e già le notammo, e se non è una lieve edemazia fra pelle e cellulare, fra cellulare e membrane profonde, o qualche ecchimosi, più dovuta alle rozze manovre fatte per ridurla, che agli effetti primarj dello strangolamento. Il *sacco*, se non è già attaccato al viscere per antica aderenza, o non è asciutto che è raro, si trova più ampio disteso, e contiene del siero limpido, citrino o tinto di sangue, in una quantità maggiore o minore ⁽¹⁾. Quando è notevole la quantità del siero, si rende più agevole l'atto della Erniotomia. Allorchè la riduzione incruenta dell'ernia strangolata fu tentata con modi violenti e talora barbari da fare scoppiare il tumore ernioso, si possono trovare sul sacco larghe ecchimosi in forma di isole disseminate e più o meno estese, e dentro il sacco del sangue sciolto, grumoso, o a false membrane stratificate sul viscere. Sono questi effetti traumatici (emorragie) indipendenti affatto dallo strangolamento, e per i quali peggiorano grandemente le condizioni dell'ernia. L'*intestino*, al primo incominciare dello strangolamento si trova più gonfio, ingrossato e disteso da gas là ove è libero e sporge in fuori, mentre è più ristretto ove il cingolo lo serra. Vi si veggono spesso alla superficie delle macchiette minute rosse ecchimotiche, dei vasellini arborescenti più fitti e più ingorgati di sangue, ed ha colore carnicino, rossigno, rosso-cupo, e quando l'ingorgo venoso è intenso, anche colore nerastro o nero-cappello di dentro e di fuori, da farlo parere ai poco esperti di queste cose anatomiche, cancerenato: errore gravissimo, poichè, premendolo e stringendolo fra le dita, conserva esso la sua elasticità, la sua forma e resistenza, e, sbrigliata che sia l'ernia, può essere reintrodotta senza pericolo. Già il Robertson, fino dal 1791 ⁽²⁾, aveva avvertito che il colore rosso-scuro dell'intestino non impediva la sua ritroduzione. L'*omento* pure, quando l'ernia è omentale o entero-omentale, è gonfio, rossigno, con macchiette sanguigne, infiltrato di sierosità, rammollito, e con i suoi vasi venosi più turgidi di sangue. Nell'ernia omento-intestinale, l'omento, cuoprendo ordinariamente l'intestino, gli fa

(1) Schmuker trovò una libbra di siero. Pott, Monro, Scarpa tre libbre. Siebold, da un sacco erniario estrasse dodici libbre di siero; ma era un sacco che non conteneva più ernia, quindi idropico.

(2) Med. Comment. Vol. VI.

da guancialetto e lo salva da maggiori danni. L'ernie le più pericolose e quelle che non permettono di attendere per essere sbrigliate, sono le piccole, le intestinali e quelle ove l'intestino è pinzettato in un segmento di un'ansa (le crurali). L'ingorgo sanguigno venoso, quando l'ernia è strangolata da poco nè è infiammata, talora si limita alla sede dello strangolamento comprendendo tutto il tumore, talora si propaga lunghe l'ansa mesenterica ed il capo superiore dell'intestino, il quale, per le materie liquide che contiene e per i gas che si svolgono, è sempre dilatato e gonfio. Fintantochè l'ernia si mantiene in queste condizioni e in questo stato anatomico, le alterazioni riducendosi a ingorghi venosi, a versamenti di sierosità fra i tessuti o nel sacco, a mutamenti di colore, a ingrossamento di organi ec., la riduzione incruenta e la Ernietomia colgono il tempo più opportuno del male, passato il quale bisogna navigar fra i pericoli e beato chi giunge in porto.

Quando lo strangolamento dura, e per due o più giorni proseguono i suoi effetti senza che l'arte vi abbia messo riparo, allora l'ernia s'infiamma, specialmente se lo strangolamento fu istantaneo, acuto, violento, intestinale. Al pratico non interessa gran fatto il sapere se l'infiammazione fu primitiva, dal colletto diffondendosi al sacco ed al viscere, o fu secondaria tenendo dietro ai primi atti dello strangolamento. Gl'importa di sapere e conoscere, quando un ernia ha i materiali segni del processo flogistico. Le vecchie e voluminose ernie mettono maggior tempo a farsi compagne della flogosi. Ed in questi casi quali saranno le alterazioni organiche che ci faranno dire, quest'ernia fu od è infiammata?

Il tumore ernioso duro e teso fa palla con se stesso ed è più fisso. Li strati superficiali, che prima erano scorrevoli e si potevano alzare e stringere in piega, sono adesi fra loro e più non scivolano sui profondi. La *pelle* è ordinariamente rosso-cupa, feccia di vino, o per tutto, o qua e là a larghe macchie; è ingrossata o assottigliata, adesa, vascolosa, spesso infiltrata di siero e lucida. Nel cellulare sotto-cutaneo, nell'inviluppi cellululo-grassosi, fibro-aponevrotici, pregni tutti di sangue, si trovano spesso versamenti sierosi densi (edema cellulare), sanguigni (ecchimosi), e qualche rara volta purulenti, ed il pus, o infiltrato fra le membrane, o raccolto in un ascesso o in parecchi

ascessetti disseminati. Questi involucri che cuoprono il sacco erniario, quando sono così alterati, attaccati insieme da esudati plastici rendono assai difficile all'operatore il ritrovare il sacco e l'isolarlo quanto è necessario per scuoprir bene il viscere strozzato ed infiammato: l'atto operatorio è paziente delicato e spesso pericoloso. Il *sacco*, o non contiene siero (ernia asciutta), o se ne contiene è torbo, fioccoso, giallastro, o sanguinolento morchioso: delle false-membrane, o delle briglie molli a fili, a falde, sempre solubili, attaccano spesso il viscere al sacco. Questo nella sua interna faccia, che non ha più la propria lucentezza e levigatezza è di color rosso-bruno, grigiastro o violaceo, è aspro o arenoso al tatto, e qua e là vi si veggono delle placche irregolari flogistiche notate dal Cloquet⁽¹⁾: stirato che sia, si lacera facilmente, e talvolta esala un odore fetido di materie fecali, senza che l'intestino, se fa ernia, abbia rottura (Velpeau). Il *viscere* poi nell'ernia infiammata; se è l'omento, esso è tumido, friabile, rosso-bruno, coperto di uno strato plastico o da materia purulenta, è lacerabilissimo, e spesso nella sua propria sostanza vi si vede pus infiltrato, o a macchiette o a piccoli ascessetti disseminati; se poi, o coll'omento o solo, è l'intestino che non sia coperto dall'omento stesso, allora esso pure è qua e là involuto da false membrane giallastre, grigiastre o bianchiccie, che attaccano con filamenti come a ricamo, li orli della voluta intestinale, è gonfio, teso, denso, facilmente lacerabile e, rotto che sia o punto, sanguina. La sua superficie è aspra, arenosa, è di color rosso-vivo, vinato, paonazzo o nerastro. Quando si tira poco delicatamente si straccia nel luogo dello strangolamento e dalla stracciatura scendono nel sacco, se non si versano nell'addome, delle materie fecciose intestinali. E tale e tanta è la tensione dell'intestino, che spesso, inciso il sacco, esso si sprigiona a un tratto e vien fuori di dentro come un serpe che uscisse dal chiuso.

Alcuni patologi asseriscono che la infiammazione intestinale è maggiore in quella parte dell'intestino più lontana dal colletto del sacco, ciò che io non credo, poichè, là appunto ove il viscere è strangolato, si notano i più gravi e pericolosi effetti.

La infiammazione sub-acuta, acuta, acutissima che assale

(1) Oper. cit. Thèse 1819.

un ernia, talora si confina e si limita alla sola ernia, e ne segna il punto ove si arresta, il colletto erniario e l'anello; tal altra volta si diffonde nell'addome, sia per l'omento, per il mesenterio o meso-colon, sia per il capo superiore dell'intestino o per la falda peritoneale e parietale da cui l'ernia passò e rimase strangolata. Quindi quelle entero-peritonitidi, il più spesso letali, che si osservano in quelli che hanno l'ernia strozzata ed infiammata, e che si veggono manifeste poi nei loro effetti aprendo i cadaveri di coloro, che vennero a morte per questo male. Siebold, nell'ernie infiammate, dice aver trovato il mesenterio ingorgato molto di sangue, ingrossato, edematoso, rigido, friabile e parimente i gangli linfatici.

Fare la Erniotomia in questo periodo infiammatorio dell'ernia, quando tutto divampa e minaccia rovina, è compierla nelle condizioni le più disgraziate e perigliose, e quando poco lume di speranza sopravvive. Imperciocchè, alle naturali cause di flemmasia, alle quali noi non possiamo troncare il corso, aggiungendosi poi quelle dipendenti dall'atto operatorio per loro stesse irritanti, quanto non dovrà accrescersi la potenza del male ed il suo pericolo, rimettendo il viscere infiammato nel ventre, o lasciandolo penzolari nel sacco, fatto che sia lo sbrigliamento, come Girard ⁽¹⁾, in questi casi propone e vorrebbe?

E qui, prima di dar termine a questi studi importanti anatomico-patologici sulle ernie strangolate ed infiammate, occorre che io vi parli di due speciali lesioni, nelle quali l'anatomico e l'operatore possono imbattersi, e sono; 1.^o *il rammollimento dell'intestino*, complicato o no da ulcera o rottura di esso in corrispondenza del colletto del sacco erniario strangolante; 2.^o *la cancrena* del viscere strangolato, omento od intestino.

*a. Rammollimento dell'intestino, semplice o consociato a
ulcera e rottura.*

Quando l'intestino rimase strangolato, nel luogo preciso ove ebbe sede lo strangolamento, sia stato pur esso non molto rilevante, si vede sempre una riga, un solco che ne serba la

⁽¹⁾ *De la Kélotomie sans réduction : nouvelle méthode opératoire de la hernie étranglée.* Paris 1868.

impronta, che ne segue la sua propria direzione, e che occupa, ora un segmento di un ansa, ora un ansa intera, ora si distende per più lungo tratto del tubo intestinale. Esaminando lo intestino ov'è improntato il marchio dello strangolamento, e che si rappresenta come un festone che si stacchi dalla gran curva intestinale, e questo si faccia, o durante la Erniotomia, o morto che sia l'ernioso, si nota sempre che, nel tratto segnato, il lume dell'intestino è più ristretto, e che le sue membrane sono tanto assottigliate e logore, che pare che una sottil membrana sola, e suol essere la sierosa, ne serbi integra la continuità. Il processo del rammollimento, che porta poi all'ulcera e alla rottura dell'intestino strangolato, comincia in generale dalla tunica muccosa per diffondersi indi alla muscolare ed alla sierosa, ed è più intenso in corrispondenza del capo superiore dell'intestino, siccome quello che, disteso di dentro e serrato di fuori, è più soggetto a risentire gli effetti dello strozzamento. L'intestino subisce, per compressione, quelli effetti stessi che subirebbe un'arteria stretta di fuori da un laccio e chiusa. Jobert ⁽¹⁾ pensa, che il rammollimento intestinale pigli incominciamento dalla tunica sierosa e proceda innanzi fino alla muccosa. Ma ciò risulta per essersi egli essenzialmente affidato agli esperimenti che fece, legando con un laccio le intestina dei cani, non per li esami fatti su quelli che ebbero l'ernia strangolata e che furono operati, nè sui cadaveri dei periti per questo male.

Questo rammollimento è collegato alla flogosi, onde quando l'intestino rimane in sito, suol essere attaccato al colletto che lo strangola per mezzo di molli versamenti plastici, e, allorchè esso arriva a rompersi, e rotto che sia, è flaccido e nel fondo del sacco fetido e quasi cadaveroso. Questi medesimi versamenti, che fanno attaccare le parti fra loro, possono impedire che le materie intestinali colino nel gran sacco del peritoneo, e, se escono, sgrondino nel sacco, che, quando è aperto, se ne trova ingombro.

Allorchè al rammollimento tien dietro la rottura, essa suol farsi a livello dello strangolamento stesso, ove la durezza delle parti che strozzano è maggiore; suol farsi sul capo superiore e

⁽¹⁾ *Traité des maladies chirurgicales du canal intestinal*. T. II, Paris 1829.

raramente in altre parti; suol farsi con un piccolo foro, o a fessura comprendente in traverso un quarto, un terzo, la metà dell'intestino, rarissimo essendo il caso che lo tagli tutto. Le materie che ne escono variano di qualità. Ora son gas, mucosità filanti miste a sangue, dense come conserva di lamponi, feccia di vino ec.: è raro che vi si trovino materie alimentari solide, semi-liquide o indecomposte.

Nicaise ⁽¹⁾ si è dato cura di precisare le alterazioni speciali delle membrane, che son sede del rammollimento semplice o con rottura dell'intestino. Così, oltre lo spulimento e le false membrane che possono ricuoprir la sierosa, vi si veggono, egli dice, delle smagliature profonde che seguitano sul mesenterio, e delle piccole rilevatezze dovute alla presenza di piccoli versamenti plastici o sanguigni che le stan sotto. La tunica muscolare è sovente infiltrata di sangue, presenta i caratteri di una degenerazione granulo-grassosa seminata a placche, le fibre muscolari sono dissociate da infiltramento sieroso. La membrana mucosa è gonfia, friabile, infiltrata di sangue, ulcerata qua e là, qualche rara volta coperta da una falsa-membrana sottile friabile, biancastra. L'ulcerazione ha luogo frequentemente ove sono le glandule del Peyer. Quando l'ulcera e la rottura avviene sul cerchio dell'intestino strangolato, ciò non segue, dice Le Dentu ⁽²⁾ per mortificazione dei tessuti, ma per disparizione pura e semplice delli strati l'un dopo l'altro. Essi si distruggono in un ordine costante. Prima comincia lo strato superficiale della mucosa, poi lo strato cellulare sotto-mucoso, indi il cellulare della muscolare, le fibre muscolari longitudinali, in ultimo il cellulare sotto sieroso e la sierosa.

Nel fare la Erniotomia, quando dall'acutezza dello strangolamento, dall'essere l'ernia piccola e solamente intestinale, si può sospettare del rammollimento dell'intestino, bisogna usare molta delicatezza nell'esame e nella reintroduzione del viscere sbrigliato, onde non far noi quello che il male ancor non fece, e, respingendo un ansa intestinale che si è rotta, spalancare all'operato il sepolcro.

L'intestino che fu strozzato, coartato nelle sue pareti, ri-

⁽¹⁾ Loc. cit.

⁽²⁾ *Nouveau Dictionnaire de Méd. e Chir. pratiques.* Paris T. XVII, pag. 586. Art. *Hernies.*

stretto nel suo lume, rammollito per compressione del cingolo strozzante ed infiammato, ridotto che sia, o non ripiglia, o tardi ripiglia il suo calibro ed i suoi uffici. Ciò dipende non solo dal patito restringimento, ma anche dalla paralisi che più o meno lo colse per tante sofferte alterazioni: Quindi in principio, o è poco operoso, o per esso non si compie affatto il circolo intestinale. Tali restringimenti intestinali, dopo lo strangolamento dell'ernia e dopo l'Erniotomia, durano spesso assai tempo prima di dileguarsi, seppure non aumentano e non arrivano a chiudere affatto l'intestino medesimo, come Risch ⁽¹⁾ ha dimostrato e come io pure vi ricorderò in altra Lezione.

b. Cancrena del viscere strangolato.

L'altra alterazione che può tener dietro ai perniciosi effetti dello strangolamento, rammollimento e flogosi dell'ernia, è la *cancrena* del viscere protuso; la quale, talora può essere limitata a piccola parte di esso manifestandosi con una o più macchie cancrenose, tal altra volta è diffusa per tutto il viscere stesso dall'anello in fuori, e diffusa al sacco, alle membrane, fino alla pelle che cuopre e cinge il tumore ernioso. Malgaigne ⁽²⁾ nega la cancrena per effetto spontaneo dello strangolamento e della infiammazione, e dice che, quando si manifesta, dev'esser prodotta da lesioni traumatiche e specialmente procacciata dalle rozze e prolungate maniere di riduzione operate senza frutto. Che questi maneggiamenti aspri e talora bestiali, usati dai malati e dagl'ignoranti, possano avviar l'ernia a cancrenarsi, non vi sarà alcuno che possa negarlo. Ma dichiarare, che un viscere ernioso stretto e strangolato, non possa per il processo morboso che lo invade, passare a cancrena, è un opporsi al giudizio di quasi tutti i patologi, alla evidenza dei fatti ed alle resultanze della Erniotomia e dell'anatomia patologica.

Ernie strangolate, che non furono mai tocche prima dell'atto operatorio necessario per sbrigliarle, furono trovate cancrenate. E chi non sa che legando fortemente con un laccio

⁽¹⁾ *Sur un effet peu connu de l'étranglement dans la hernie intestinale.* Mém. de l'Acad. R. de Chir. T. IV. pag. 174.

⁽²⁾ Oper. citato.

un dito, il pene od altra parte pendula, e mantenendovelo la parte cade in cancrena? Ed un cingolo che strozza un ernia non rappresenta un laccio forte, robusto, tenace da mortificare i tessuti che stringe? E quando allo strangolamento si aggiungono anche li effetti della flogosi, che fa distendere i tessuti e li rende più atti o risentire i danni della compressione, qual meraviglia che un viscere strozzato si cancreni? Negare dunque la cancrena spontanea delle ernie strangolate, sarebbe un seguire un concetto patologico già prestabilito e non provato, non interpretare i fatti secondo la loro evidente manifestazione, andare a ritroso della osservazione e dell'esperienza.

Quando un viscere è cancrenato in un ernia strangolata, quali sono i segni anatomico-patologici per riconoscerlo?

Se il viscere cancrenato è l'intestino, e il tumore erniario non mostra di fuori alterazioni tali che possano far sospettare dell'avvenuta mortificazione, allora esso si osserva aperto che siasi il sacco, e si vede o *parziale* o *totale*. Quando è parziale a una o più isole, mostra il tessuto dell'intestino color foglia morta, cascante come carta bagnata, lacerabile al primo tocco, gemente materia intestinale fetida, seppure il sacco già non la contiene. Le aree cancrenose fan contrasto col resto dell'intestino non mortificato. Non tutti i patologi convengono che il color della cancrena sull'intestino sia quello di foglia morta. Può esser nerastro, bruno intenso, giallo-verdastro, bruno-porpora, plumbeo e livido. Per giudicare della cancrena bisogna mettere insieme tutti i caratteri che le son propri. La cancrena parziale suole osservarsi, o alle parti dell'intestino più lontane, o alle più prossime della sede dello strangolamento. Quando poi la cancrena è totale, di un ansa o di maggior tratto dell'intestino protuso, e può esser molto, esso mostra ovunque quei caratteri anatomico-patologici che si son detti propri della cancrena parziale. È flaccido esso pure, cascante, lacerabilissimo, spesso qua e là rotto forato e stracciato, esala odor di cancrena se la mortificazione non è nel suo nascere, par cencioso nel fondo del sacco. È difficile non riconoscere la cancrena dell'intestino, quando, ingannati dal color nero-seppia, non si dica cancrenato un intestino perchè è nero. In questa generale mortificazione del viscere, che per disgrazia potrebbe diffondersi a parti più interne (al capo superiore dell'intestino, al mesenterio ec.), un

fatto è degno di nota, ed è questo; che in generale essa suol limitarsi al cerchio dello strangolamento, al colletto, all'anello, e quindi, separatesi poi le parti cancrenate delle vive, l'infermo può scampare da morte coll'ajuto dell'arte, serbando, o una fistola stercoracea, o un ano accidentale, del quale può anche poi radicalmente guarire. E questa limitazione del tessuto morto dal vivo, è anche ajutata corroborata e garantita dalle adesioni che si fanno ove l'ernia vien fuori dall'addome, adesioni in prima molli, poi organizzate e stabili, le quali provvedono, non solo che la mortificazione si compia tutta fuori nel sacco, ma fanno ostacolo, affinchè le materie dall'intestino e dal sacco non si versino nel peritoneo, chè allora non vi sarebbe riparo. Io tornerò su questo importante argomento, quando tratterò delle complicate della Erniotomia, fra le quali è pur l'ernia cancrenata.

L'omento, dato che l'ernia sia solamente omentale, può esso pure mortificarsi, nè è difficile il riconoscere questo suo stato morboso dai segni comuni e che son propri dei tessuti cellulo-grassosi cancrenati; mollezza estrema, colore rosso-fosco, bruno-viola-ceo, verdastro, plumbeo, lacerabilità, odore fetido, materie icorose e cancrenose nel sacco ec. L'omento cancrenato suole, al pari dell'intestino, avere la sua limitazione al colletto del sacco; suole per flogosi limitatrice aderire a questo colletto, e quando le parti cancrenate si possano separare dalle vive, non solo può guarire l'accidente del male (strozzamento con cancrena), ma anche il male stesso, giacchè l'omento mozzo, chiudendo il foro dell'ernia per esservi attaccato ed intruso, ne impedisce il ritorno.

Il sacco erniario nell'ernia cancrenata partecipa spesso alla medesima alterazione e ne partecipano l'inviluppi. Esso ha macchie cancrenose, contiene un liquido feccioso icoroso, stracci organici, gas fetenti, materie intestinali; disteso soverchiamente può esser rotto e quindi il processo cancrenoso diffondersi all'inviluppi dell'ernia ed alla pelle; la quale piglia colore di feccia di vino, è enfisematica, flittenoide, flemmonosa sotto, in parte cancrenata e l'escare han tinta verdognola; dai fori che vi si fanno escon gas, icore, pus, stracci di tessuto mortificato.

A terminare questa Lezione soverchiamente prolissa, e ne fo le mie scuse, cito un Quadro sinottico del Bryant ⁽¹⁾, sia

⁽¹⁾ *Analyse de 106 cas de hernies suivies de mort.* — Guy's Hospital Reports 3.^{me} série, 1856. T. II, pag. 71.

perchè conferma molte delle cose innanzi dette intorno alla varietà delle alterazioni nell'ernie strangolate, sia perchè mette in via di conoscerle dovendo eseguire la Erniotomia.

Intestino.

- 31 volte l'intestino presentava diversi gradi di congestione e infiammazione.
- 14 volte era coperto di linfa plastica.
- 7 volte era inspessito.
- 15 volte era cancrenato.
- 14 volte presentava un solco a livello del punto strangolato.
- 17 volte si era stabilito un ano accidentale.
- 14 volte l'intestino era forato.
- 2 volte era rotto il solo peritoneo parietale.
- 6 volte fu trovato un versamento di materie fecali.

Sacco.

- 10 volte era sano.
- 10 volte semplicemente iniettato.
- 10 volte grassoso.
- 37 volte ricoperto di strati plastici.
- 5 volte aveva esudati fetidi.
- 10 volte conteneva siero sanguinolento.
- 4 volte materie fecali
- 2 volte siero putrido.

A questo quadro, che comprende i casi infelici di ernie strangolate, bisognerebbe mettere accanto il prospetto dei casi fortunati che ci presenta la Erniotomia, studiati rispetto alle alterazioni dei visceri e del sacco, e si vedrebbe che molte ernie si operano senza che vi si trovi traccia alcuna di flogosi, qualunque possano essere acuti i segni dello strangolamento.

Nella futura lezione incomincerò a parlare della cura delle ernie addominali.

LEZIONE QUARTA

DELLA CURA DELLE ERNIE ADDOMINALI. *Del cinto, parti diverse che lo compongono e suo modo di agire: cinti antichi e moderni: cinto francese ed italiano.*

Signori,

Dopo avere nelle precedenti Lezioni dichiarato tuttoquanto si appartiene alle ernie addominali, e quello che essenzialmente al chirurgo operatore importa sapere, sia rispetto alla loro qualità, alla sede, allo stato loro anatomico-patologico nelle diverse condizioni nelle quali l'ernia può trovarsi, che sono, come fu detto, di ernia sciolta riducibile, di ernia sciolta irreducibile, e di ernia strangolata ed infiammata, ora cade in acconcio di discorrere ampiamente della cura delle ernie stesse nei loro diversi stati nei quali esse si manifestano; trattando prima questo importante argomento in generale per tutte le varietà delle ernie dell'addome, poi in particolare, quando ne verrà la opportunità, per le singole ernie, quali le inguinali, le crurali, le ombelicali ec.

Quantunque le ernie siano malattie della più alta importanza per chi le sopporta e per chi le deve curare, pure per un tempo lunghissimo vennero abbandonate ai ciarlatani e a quei così detti *medici erniari* ambulanti, che Dio solo sa quanti danni procacciarono con i loro cinti, cerotti, empiastri, panacee e colle loro barbare operazioni. Dai tempi medio-evali bisogna scendere fino al secolo XVIII per vedere questo importante ramo di patologia chirurgica ritornare in seno della Chirurgia ed essere esercitato dai chirurghi i più eminenti nell'arte.

Un ernioso chiama e prega il chirurgo affinchè gli riponga nel ventre la sua ernia, e, riposta che l'abbia, sia pure strangolata e resa libera colla Erniotomia, gliela mantenga ridotta con i mezzi dell' arte.

L'atto della reintroduzione del viscere nella cavità addominale, dalla quale discese, chiamasi *Taxis*, come già tutti sapete, ed appunto questo greco vocabolo significa *riposizione*, *riduzione*, *accomodamento* ec.

Io mi riservo a parlare di questo stesso atto chirurgico, quando verrà la volta di trattare delle ernie addominali strangolate e del modo di condursi per riporle, potendo, senza il bisogno della operazione cruenta.

Ma quando l'ernia è stata ridotta, e la riduzione è spesso facilissima ed agevole tanto quanto in alcuni casi può essere difficile e stentata, come e con quali mezzi efficaci e sicuri si mantiene essa nell' addome?

Ecco, o Signori, largo e fertile campo di studio, e che io mi permetto di raccomandare caldamente alla vostra considerazione e alle premurose vostre sollecitudini, poichè il chirurgo non potendo da se apparecchiare questi mezzi, e dovendo ricorrere all' opera di un artefice, quest' opera è spesso fra noi insufficiente, malcondotta, peggio e con molta ignoranza amministrata, nè è raro l' esempio, che invece di essere utile, possa riuscire grandemente dannosa. Guai a quel chirurgo che non presta premurosamente il suo aiuto, consiglio e sorveglianza al povero ernioso, e da se non osserva e si assicura, che il mezzo meccanico, che tale è, che deve contenere l'ernia nell' addome, agisca a dovere nei vari esercizi del corpo del malato e specialmente nel muoversi ch' ei faccia, nel camminare, nel lavorare, e nelli sforzi violenti dello starnuto e della tosse. Ben contenuta l'ernia, l'ernioso è salvo, e può fare tutto quanto si addice ad individuo sano; mal contenuta, peggiora senza dubbio lo stato suo, lo apparecchia a gravi danni, seppure non lo pone sull' orlo del pericolo e del precipizio.

Come si contengono le ernie? con quali mezzi? con quali regole e cautele si mantengono ridotte?

L'ernia addominale è malattia antica forse quanto l'uomo; e siccome chi l' ha soffre in generale nè può fare i fatti suoi, è naturale il pensare, che dai più remoti tempi, si fosse cercato ad un modo qualunque di provvedere al bisogno.

L'ernie si contengono, si sono sempre contenute e si conterranno, col porre sull'apertura erniaria una resistenza, un ostacolo diretto che preme e faccia forza affinchè il viscere non ritorni fuori, ed allargando l'apertura che gli fe' via, e che, o esso stesso si fece o trovò fatta, discenda viepiù, ed acquistando l'ernia tutta volume maggiore, procacci all'infermo incomodi molesti e tormentosi, apparecchiandolo ancora al pericolo dello strangolamento. Il cinto o brachiere, perchè sta sotto le *brache*, detto dai latini *bracherium*, *bracheriolum*, *sублиgaculum*, e dai Francesi *brayer* o più comunemente *bandage*, fu quell'apparecchio, che forse primi i malati e poi i chirurghi immaginarono per obbligare l'ernia a mantenersi nel ventre ridotta che vi si fosse.

Di questi cinti, alcuni sono antichi, molli, a forma di fascia, pieghevoli, cenciosi e ordinariamente insufficienti al bisogno; altri fissi, metallici, efficacissimi, quando chi li fa, o chi ne sorveglia la fattura, sa convenientemente provvedere.

I cinti a fasciatura, i quali ponno esser fatti colla tela, col frustagno, col cuoio, colla pelle, cogli elastici e con qualunque altra sostanza adatta che l'industria può mettere in uso, e che possono essere più o meno alti nella fascia che deve cingere il tronco, e più o meno complicati nell'agire fino ad essere affidati a delle correggie che pigliano appoggio sulle spalle, sono ordinariamente disadatti e incapaci a contenere l'ernia, quantunque in alcuni paesi ed anche nel nostro, se ne faccia grand'uso. Voi li vedete appesi alle vetrine dei nostri brachierai, nè sono scarsi i compratori. Questo cinto, o cinge *poco*, e l'ernia esce, ed uscita che sia resta rozzamente compressa; o cinge *troppo*, ed è insopportabile, perchè scortica la pelle (intertrigo), e all'inguine produce nocevoli effetti sul cordone e sui vasi venosi spermatici, sul testicolo ec. Richter narra di funeste conseguenze cagionate da tali fasciature assai comuni in Germania. Per persuadersene basta osservare li erniosi che vengono alli Spedali onde cambiare il loro cinto di pelle, e vedere come le loro ernie ingrossano e siano sempre male ridotte e contenute. Talvolta certi elastici fatti a ventriera, e fatti da artefici esperti, possono valere a mantenere ridotte certe ernie ombelicali, quando sono piccole, e quando un adattato cuscinetto solido e mamellonato ne impedisca facilmente la uscita. Però, se in questo e in qualche

altro raro caso questi cinti pieghevoli ed elastici possono servire, in generale debbono essere condannati, sia che si voglia con essi mantener solamente l'ernia ridotta, sia perchè si possa aprir l'adito alla speranza della sua guarigione da essi procacciata.

Questo cinto è, come ho detto, il più antico, quello che può essere stato suggerito dalle menti degli stessi erniosi; i quali, comprimendo colla mano la loro ernia si sentirono migliorare: esso piglia norma dalla sede e qualità del male; è il meno artificioso, e quello che è stato usato dai malati e dai medici per secoli tanti, e che tuttora da molti poco saviamente si usa. Celso, nel Libro VII al Capitolo XX ove tratta della cura dell' *Intestino disceso nello scroto*; dice; « se l'ernia intestinale si sarà manifestata in un fanciullino di poca età, *prima di ricorrere all'istrumento tagliente*, è necessario di sperimentare la fasciatura. La fascia è fatta espressamente per tale oggetto, avendo cucita all'estremità una palla formata di pannilini, la quale si adatta sullo stesso intestino per impedire che esca fuori, e quindi il resto della fascia strettamente si stringe intorno al corpo. Coll'uso di questo cinto spesso l'intestino si ritiene dentro il ventre, e *si ottiene anche l'adesione delle tuniche* ⁽¹⁾ ». Da queste parole del Romano scrittore, due conclusioni derivano; la prima, che ai tempi di Celso la cura dell'ernia addominale negli adulti si procacciava essenzialmente col mezzo di una operazione cruenta; la seconda, che nei fanciullini l'ernia poteva guarire col solo cinto o fasciatura. E questa fasciatura così imperfetta e insufficiente, deve essere stata quella di cui si servivano per brachieri gli antichissimi chirurghi per i loro malati, ed è presumibile che tale si conservasse nei secoli successivi e fino a Lanfranco di Milano, che visse nel secolo XIII; il quale al cuscinetto molle di tela o di spugna adattò uno scudo metallico o ligneo; e fino pure a Marco Gattinara, che cento anni e più dopo il Lanfranco, fra noi propagò il brachiere fisso ad arco metallico, che è quello che, modificato in tanti mai modi e perfezionato come la scienza e l'arte insegnarono, tuttora si usa e si userà con gran frutto per i poveri

(1) DE RENZI, Traduzione di Aulo Cornelio Celso. Napoli 1852.

allentati. Malgaigne, che io avrò spesso l'opportunità di nominare nel corso di queste Lezioni per essersi egli molto e lodevolmente occupato delle ernie, dice; che la cintura metallica rimonta al secolo XIV, e ne fa menzione Bernardo di Gordon nel 1306. Io non conosco quest'opera, e non posso dar ragione o torto al chirurgo francese. Certo è che Gattinara, nel suo Libro: *De curis aegritudinum particularium* ec. ⁽¹⁾, scrisse che nel suo paese (Gattinara era di Vercelli e professava a Pavia) « *est unus ferrarius in Burgo, qui facit BRAGERIOS FERREOS, et sunt optimi et multo juvantes*. Dalla quale dichiarazione del chirurgo Vercellese e'parrebbe dunque, che la invenzione del cinto erniario metallico, che operò sì grande progresso nell'arte di curare le ernie sciolte addominali, fosse dovuta ad un fabbro-ferraio, seppure non lo precedè il valente chirurgo Italiano Arcolano, che ebbe tanta fama per la cura dei mali delle donne e di quelle parti dette *vergognose*, e che il Gattinara non avesse avuto altro merito che quello di averlo riconosciuto ottimo e giovevole molto agli erniosi, e averlo propagato in quel tempo fra li esercenti la chirurgia.

È evidente per conseguenza « che fino dal XV secolo il cinto metallico entrò in Italia e altrove nella pratica chirurgica e fu universalmente considerato come l'apparecchio il più efficace a contenere le ernie e tale pure da procacciare in alcuni particolari e fortunati casi, la guarigione di esse. Però, sebbene la esperienza avesse palesamente e fin d'allora mostrato la bontà del rimedio, pure, fosse per la ignoranza classica dei fabbricanti dei cinti, che dura e durerà, fosse per la poca diligenza dei chirurghi a sorvegliare, o fosse anco e tuttora sia la ritrosia dei malati stessi a far palese agli uomini dell'arte il male loro, fatto è, che molti delli erniosi, o per economia, o per non trovar cinto metallico che li serva, si piegano sempre a fare uso del cinto non metallico, e nasca quel che nascer può, con esso vivono e con esso muoiono, quando, facendola più liscia, non raccolgono la loro ernia, l'inguinale-scrotale particolarmente, in un sosensorio, e con esso la lasciano liberamente crescere e svilupparsi. Desault, vedendo la grande difficoltà di avere buoni cinti per i miseri erniosi,

⁽¹⁾ Lione 1504.

questo appunto raccomandava per le medesime ernie, e diceva esser minore il danno che l'ernia cresca, rimpetto a quello di vederla con cattivi cinti continuamente fuori, compressa e sovente strangolata.

Dire dal XV al XIX secolo quali e quanti mutamenti abbia subito il cinto metallico, e come la industria dei chirurghi e dei brachierai si sia in tanto tempo adoperata, ora a perfezionarli, ora a renderli peggiori, e con quanto sottili e studiati macchinamenti siano da essi state modificate le singole parti di questo semplice apparecchio, sarebbe opera lunga, fastidiosa e fors'anche senza frutto. Il chirurgo, guidato dalle conoscenze anatomiche che deve avere, e da quelle che lo fanno esperto del modo di svilupparsi delle ernie addominali, e delle vie che esse tengono per uscir fuori del ventre, nonchè della possibilità, specialmente nei piccoli soggetti, della loro radical guarigione senza ricorrere ad operazioni cruenti, deve sapere: 1.^o in qual modo debba esser fatto un cinto metallico; 2.^o; in qual modo esso deve adattarsi alli erniosi, affinchè sia veramente utile ed efficace a contenere l'ernia che scende e preme.

Il cinto metallico che in principio facevasi di ferro battuto o di filo di ferro attortigliato, ora si fa del più perfetto acciaio, e fatto che sia, si tempera, di guisa chè rappresenta una molla semicircolare, che secondo il bisogno, ha più o meno tensione, e lunghezza, e che a mo' di pinzetta stringe il tronco, premendo con una estremità, che è provvista di guancialetto che pigia sull'apertura dalla quale l'ernia vien fuori, e con l'altra poggiandosi di dietro in un punto dell'estrema parte della colonna vertebrale, e che più o meno è diametralmente opposto a quello che respinge l'ernia. Il cinto sì fatto rappresenta una leva di terzo genere; la potenza è media e stà nella molla; il punto d'appoggio, per le ernie anteriori che sono le più frequenti, è posteriore; la resistenza è formata dal cuscinetto o guancialetto che preme e mantiene il viscere nella sua propria cavità. Quando la molla ha la forza necessaria al bisogno; quando il cuscinetto, premendo, sta fisso all'apertura erniaria, e l'ernia non esce per quanto vari e diversi siano i movimenti che faccia il malato, nè il tossire, lo stranutire, il vociferare, il cavalcare ec., la fanno riuscire, sia pure in un luogo o in un altro il punto d'appoggio del cinto stesso, esso è perfetto, e, come può contenere

così può guarire radicalmente l'ernioso del suo brutto male. Dirò in seguito di molti esempi, tolti dall'altrui e dalla mia propria esperienza, che mostrano la guarigione permanente compiuta col solo cinto metallico anche in individui non di fresca età.

Nel cinto sono da considerarsi diverse qualità indispensabili, alle quali fa d'uopo che il chirurgo che cura ed il fabbricante che lavora, pongano la maggior diligenza ed attenzione. Ogni ernioso si può dire che abbisogni del suo proprio cinto, ed è un errore quello che i malati fanno di provvederselo dal brachierajo bell' e fatto, come farebbero di un abito dal mercante. Messo che sia, agisce e poco dopo non agisce più, e chi l'ha comprato, o non vuol fare, o non può fare una seconda spesa che potrebbe essere infruttuosa, lo adatta come può, e l'ernia mal contenuta ne soffre e si accresce. Quali mai cinti hanno ed avranno quei disgraziati che sono costretti a limosinare agli Ospizi di Carità un riparo all'ernia loro che li ponga in caso di provvedere colle loro fatiche e col sudore della loro fronte, ai loro propri bisogni? Vi basti il sapere, che in uno Spedale Maggiore d'Italia, che caritatevolmente offre un cinto metallico agli erniosi poveri, che si ammassano a riceverlo, spende per ogni cinto Lire 1, 80 soltanto! Che può mai essere? Meglio sarebbe dar loro un sosponsorio di frustagno, quando l'ernia fosse scrotale, e finirla. Il danno sarebbe minore, chè grandissimo è certamente quello di portare un cattivo cinto, un cinto che non ha, nè forma, nè forza per contenere, e che, pigiando sull'ernia, la irrita, la fa dolente, l'apparecchia allo strangolamento. I malati che vanno agli Spedali coll'ernia strozzata, bisogna vedere in generale che cinti portano, seppure li ebbero mai! Provvedere un cinto agli erniosi, è cosa seria; non deve essere solamente un simbolo di carità crudele, bensì un utile ed efficace offerta che giovi; non un ciondolo che accontenti, ma un arnese che ajuti. La carità insufficiente o perigliosa, perde il suo pregio e si snatura.

Nel cinto erniario dobbiamo dunque considerare; 1.^o, il guancialetto, cuscinetto, o l'opercolo che deve chiudere l'apertura od orifizio dal quale esce fuori l'ernia; 2.^o, la cintura o la molla; 3.^o, i modi di unione della molla col cuscinetto compressore; 4.^o, il sottocoscio che deve tener fermo il guancia-

letto e impedire che il cinto rimonti e si tolga dal sito necessario, specialmente per certe ernie che si mostrano all'inguine.

a) Il *cuscinetto* o *guancialetto*, dai Latini detto *pulvillus* e dai francesi *pelote*, è, come ho detto di sopra, quel compressore, che, posto essendo e premendo sull'apertura da cui l'ernia vien fuori, ne impedisce, ridotta che essa sia, la nuova uscita e la ritiene nel ventre, agendo in quel modo medesimo che farebbero, comprimendo, le dita della nostra mano stese ed unite, poste che fossero a far tappo alla stessa apertura.

Gli antichi, prima dell'Italiano risorgimento, si servivano come dissi a questo scopo di cenci piegati e ridotti a molle guancialetto, e questo mantenevano fisso sullo spiraglio erniario col mezzo di stretta fasciatura. Aezio adoprerò per farlo la carta pesta o masticata, altri la lana, il cotone cardato, la stoppa, il crino, l'alga, la spugna ec. Lanfranco da Milano ⁽¹⁾ al molle guancialetto volle fosse sovrapposta una placca o scudetto metallico, affinchè offrisse maggior forza e resistenza a contenere. Fabrizio d'Acquapendente, gran maestro in Chirurgia, e che, come è noto, visse nel secolo XVI, raccomandò per eccellenti i cuscinetti di legno (bossolo, noce, sughero), coi quali ai nostri tempi menò gran rumore e fece fortuna l'americano Carpenter e l'Herrison che gli fu compagno d'industria. Poi, non di legno, ma furono fatti di avorio (Fauvel), di porcellana, di cristallo, di metallo ec. Questi cuscinetti solidissimi hanno il pregio, di cui anche oggidì si tien conto, di non mutare di forma, e quello pure d'infossarsi ove l'ernia esce e quindi meglio contenerla, purchè siano congiunti alla cintura metallica e non alla vecchia pieghevole cenciosa, la quale non potrebbe mantenerli nella necessaria sede e sarebbe imperfetta.

Ai cuscinetti molli ed ai solidi che hanno forma costante, tennero poi dietro li *elastici*. Si dice che a immaginarli fosse primo Heritz Laval francese nel 1771, e che li formasse di un sacchetto elastico ripieno d'aria. Però colui che più è noto per questa invenzione, e ne fece prova su molti erniosi, fu l'Italiano Agostino Monza nel 1787 ⁽²⁾, il quale aprì la via a Cresson Dorval che si studiò di perfezionarli. Monza si servì

⁽¹⁾ *Practica Magistri Lanfranci*. Doct. III, Tract. III, Cap. 6.

⁽²⁾ L'elastico compressore delle Ernii ec. Parma 1787.

delle boccette di gomma elastica tali quali vengono in commercio; al collo di esse vi adattava un *robinet* e, dopo averle insufflate d'aria, stringeva con un laccio, ed il compressore era fatto. L'aria era il mezzo comprimente, la boccetta il contenente, ambedue elastici. Questi cuscinetti del Monza e quelli pure del Dorval non ebbero voga, poichè, o si rompevano facilmente, o facilmente si vuotavano, passando l'aria per i pori dei sacchetti di gomma.

Belmas, che molto si occupò, come vedremo in seguito, della cura radicale delle ernie sciolte, pensò di fare il cuscinetto con una massa di gelatina chiusa ermeticamente in un sacchetto di pelle. Egli vi pensò, fece qualche esperimento, ma il suo progetto non ebbe sfogo. Il Dottor Mabout propose di usare dell'olio di lino lasciato per del tempo al contatto dell'aria, condensandolo così a consistenza di pasta e con esso riempire i cuscinetti erniari. Non so che sia stato della sua proposta. Anche Charrière fece egli pure dei cuscinetti composti di lamine di gomma elastica vulcanizzata: alcuni erano chiusi e contenevano l'aria come i pessari di Gariel; altri erano aperti e sventrati e l'aria vi poteva liberamente circolare. Malgaigne li loda e saranno utili ⁽¹⁾. Pareva che la sola gomma elastica o l'aria avessero potuto dar presa agli artefici per fare un cuscinetto erniario elastico. Pure l'ingegno dei chirurghi e dei fabbricanti di cinti si spinse innanzi, si affinò, e furono fatti e messi alla prova dei guancialetti elastici a molla. Tali furono quelli di Talade-Lafond formati di molle sovrapposte e prementi. Se ne fabbricarono anche con due falde di tessuto cucite a tondo e che tenevano nel mezzo una o più molle a spirale, simili per forma a quelle che adoperano i tappezzieri per fare i cuscini o i sacconi elastici. Questo ingegnoso congegno si conosceva fin dal cadere del passato secolo, ed era stato specialmente immaginato per le ernie ombellicali e per le crurali. Nel 1827 Vallat volle farne l'applicazione alle ernie inguinali, e fu lodato, ed il suo cinto contentò molti erniosi ed anche ne guarì.

Il cuscinetto può variare per *grandezza*, per *forma* e per *sporgenza* diversa che esso faccia, e ciò a seconda della sede,

(¹) Leçons sur les Hernies, Moniteur des Hôpitaux, An. 1854, pag. 264.

del volume, del periodo del male, della qualità dell'ernia. Vi sono cuscinetti *piccoli* e *grandi*; i piccoli sono più adattati alle piccole ernie, a quelle recenti, ai bambini, ai fanciulli erniosi; i grandi alle ernie antiche, alle voluminose, ai vecchi. Quando l'ernia ha un certo volume, come l'inguinale quando è scrotale, meglio è che il cuscinetto sia largo. La *forma* del cuscinetto può variare e deve variare notevolmente a seconda della qualità e varietà delle ernie e dei periodi diversi di sviluppo di un'ernia stessa. Guai a chi soccorresse gli erniosi con una sola e identica forma di cuscinetto: non ogni apertura merita il medesimo chiuso. Si fanno cuscinetti tondi, ovali, semi-circolari, triangolari con angoli smussi quasi a nicchio dei preti; se ne fanno a racchetta, in forma di fungo (Malgaigne), a cucchiaino per le ernie irreducibili, e se ne fanno pure dei triangolari e con l'angolo inferiore prolungato e volto in dentro a becco di corvo. Questa ultima forma può essere talvolta utilissima e necessaria per certe ernie inguinali voluminose, le quali senza questo ingegnoso compenso male si mantengono ridotte, venendo fuori di sotto. Bisogna che la forma del cuscinetto sia bene studiata da chi ordina, da chi fa, da chi deve applicare il cinto. Mettete ad un ernioso un buon cinto, è felice, è salvo; applicategliene uno imperfetto e insufficiente, ne fate un disgraziato che non potrà aver pace mai, che vivrà sempre in paura e che sarà continuamente col pericolo d'aver la sua ernia strangolata.

Anche la *sporgenza* che deve fare il cuscinetto può esser diversa e varia secondo la sede del male e secondo il suo minore, o maggiore sviluppo. Alle piccole ernie spesso bene si adattano i cuscinetti sporgenti che male si addicono alle ernie voluminose, alle quali conviene talvolta provvedere con guancialetti pochissimo rilevati o piani a becco di corvo. Le ernie ombelicali sono quelle che reclamano cuscinetti assai convessi, mamellonati e quasi a tappo, quando esse siano piccole e completamente reducibili.

Si può in generale indicare una grandezza media ed una forma e sporgenza del cuscinetto che possa meglio convenire a contenere le ernie? No. Ogni ernia vuole il suo speciale cuscinetto. Le ernie piccole meglio si contengono, come già dissi, con un cuscinetto piccolo e alquanto rilevato, le antiche e vo-

luminose con uno largo e pianeggiante. Più l'ernia cresce, e più si scema la sporgenza che deve fare il cuscinetto medesimo. Per le ernie ombelicali la forma tonda è più adattata, per le inguinali e crurali meglio corrisponde in generale la ovale o racchetta, col diametro maggiore nella stessa direzione della molla.

b) *La cintura metallica a molla di acciaio*, che è la parte elastica del cinto, la pinzetta che stringe e serra, quella che dà a questo utilissimo apparecchio la sua solidità e la sua efficacia per contenere e per guarire le ernie, tenne dietro alla cintura di ferro a nastro, della quale parla il Gattinara e di cui ho fatto sopra parola, ed ai cinti formati di filo di ferro attortigliato, che per la loro leggerezza (li altri erano assai pesanti) venivano preferiti dai malati e dai chirurghi.

Si dice da alcuni istorici che il primo ad usare l'acciaio per i cinti erniari, invece delle fascioline di ferro, sia stato un orologiaio di Parigi chiamato Blegny ⁽¹⁾ che viveva nel XVII secolo. Egli adoperava delle molle da orologio a pendolo, alle quali aveva congiunto il guancialetto coperto di una placca metallica unita e fissa alla molla. Il Collegio dei Chirurghi di Parigi gli accordò il diritto di fare i brachieri e di applicarli, ed ei li chiamò brachieri *elastici a molla da orologio a pendolo*. Uno dei difetti di questi cinti, ed era grave, era quello che, non avendo la molla il grado necessario di voluta e di torsione, facilmente si rompeva. Malgaigne invece (loc. cit. *Leçons*, pag. 274) scrive che l'inventore della molla d'acciaio non fu Blegny, ma bensì Niccola Lequin ⁽²⁾ celebre al suo tempo (secolo XVII), per lo studio fatto sulle ernie e sui cinti più adattati a contenerle e guarirle. Sia all'uno o all'altro che appartenga questa invenzione, certo è che fu un gran progresso, e l'esperienza lo ha confermato, quello cioè di aver sostituito alla inerte cintura di ferro, la molla di acciaio elastica, e di aver fatto di un istrumento morto un istrumento vivo operoso per la sua propria elasticità. Chi vorrebbe tornare in dietro? Pure mi duole il dirlo, i poveri erniosi che vanno per carità a limosinare il cinto alli Spedali ed agli Ospizi, lo hanno quasi

⁽¹⁾ *L'art de guérir les hernies*. Paris 1688.

⁽²⁾ *Traité des hernies*. Paris 1663.

ovunque di ferro e non d'acciaio. Il cinto d'acciaio non è per tutti li erniosi: è per chi può pagare e bene, e felice chi, potendo pagare, ha dai nostri artefici (anche oltre monte se ne lamentano) un cinto ben fatto e tale da contener l'ernia. Spesso l'arnese è bello, elegante, pulito, lucido, filettato d'oro, e quasi il lavoro vince la materia, ma, messo alla prova, falla. Finchè il fabbricante di cinti, sia pure di svegliato ingegno, non avrà bene inteso lo scopo dell'arte sua, l'ufficio del suo strumento, e non avrà esatta conoscenza dei singoli casi, e non sarà esperto per studi patologici ed anatomici, ch'egli possa aver fatto, dei bisogni degli erniosi, il chirurgo potrà alzar la voce e l'ernioso gridare; sarà opera vana ed infruttuosa. Se di cento erniosi che io potessi visitare, novanta non hanno l'ernia fuori, tenendo il cinto, pago lo scotto.

Il *cinto* o brachiere a molla è fatto da un nastro metallico elastico piegato a cintura o a cerchio incompleto, cioè da una listella di acciaio (Le Quin, Blegny, Richter, Lowrance), o di ferro e di acciaio (Arnaud), in proporzioni diverse, e ciò secondo la forza che deve fare esso per contener l'ernia. La molla è temperata ed in questa molla sta la potenza dell'apparecchio e per essa principalmente spiega la sua benefica azione.

Quando il cinto non è applicato la molla si avvolge su se stessa, si avvicinano le sue due estremità e si sorpassano: quando poi è aperto e messo sull'ernioso, allora, ove deve, stringe, preme e serra per la sua propria elasticità. La forza che occorre per aprire colle nostre mani il cinto allontanando le sue due estremità e riducendolo a misura, indica il *peso* del cinto stesso, poco conosciuto dalli erniari, cioè indica la forza a premere della molla, la quale, secondo i casi ed i bisogni, occorre non sia nè troppo forte, nè troppo debole. Non troppo forte, perchè, premendo soverchiamente, offende; non troppo debole, perchè allora l'ernia non è contenuta e peggiora. Proportionare la forza della molla in ragione del volume, della sede, e della potenza che può fare l'ernioso a ricacciarla fuori, è opera ardua, paziente e difficile, alla quale poco dan valore i chirurghi e i fabbricatori di cinti. I cinti si tengono in masse dai brachierai, e a questo o a quell'ernioso si vende

quel cinto, che pare stia bene, ed è tutto fatto: io ti ho dato il cinto, la fortuna ti ajuti. Io ti ho operato, diceva fra Giacomo fatta la cistotomia, Dio ti guarisca. Anche quelli, i quali, potendo spendere, l'ordinano espressamente, raro è, se l'ernia esce fuori molto, che ne siano soddisfatti e sicuri. In Italia è gran penuria di brachierai, sebbene ve ne siano moltissimi anche sulle pubbliche piazze nei giorni di fiera. Ma che cinti! I più son senza molla e pendono giù da un bastone a guisa di serpi a grossa e smisurata testa. Infelici erniosi che se ne fidano! Finchè i chirurghi non si dettero cura di dirigere l'opera, li erniosi patirono le più grandi sciagure. Ma qual è quel chirurgo, e qui e fuori, che accompagni un ernioso fino al punto di esser sicuro che il cinto stia bene e lavori a dovere? Pochi o punti. Il chirurgo dirige l'ernioso al brachierajo, e crede aver compiuto il debito suo. Questi mette un cinto, ne riceve il prezzo, e Dio poi ajuti il povero allentato. Pure il cinto è un rimedio, e, se non è buono, è un malaunno, una rovina. A chi, se non al chirurgo, spetta il provvedere efficacemente? Si andrà da un farmacista a prendere un rimedio eroico senza peso e senza misura? Eppure questo peso e questa misura si tien poco in conto, quando ad un ernioso si offre un cinto *qualunque*. Pare che ogni cinto debba calzare a pennello. Che presunzione!

Finchè la scienza non venne in ajuto dell'arte, fu certamente una vera sventura l'essere ernioso. Intesero in vari tempi a bene o a meglio dirigere la fabbricazione dei cinti, chirurghi illustri, e, citando solo Gattinara, Ambrogio Papeo, e Fabbrizio d'Acquapendente e quel d'Hilden, e il Platner, e l'Heister, e l'Arnaud ec., occupano poi sicuramente il primo posto, il Camper ⁽¹⁾, e lo Scarpa ⁽²⁾. E dico poi, che, se i chirurghi non avessero date e non daranno ai fabbricatori di cinti, le norme precise in genere ed in specie per i singoli casi, il cinto fu e sarà sempre imperfetto, inutile e pericoloso.

I chirurghi scienziati e li artefici si pieghino a questa necessità.

⁽¹⁾ *Mém. sur la construction des Bandages pour les hernies. Mém. de l'Académie R. de Chirurgie*, T. IV, an. 1774.

⁽²⁾ *Sulle Ernie. Mem. I, §. XXXIV.*

I cinti a molla sono di due qualità, il *francese* e l'*inglese*; il primo più antico, più recente il secondo. Questi due cinti non variano per il loro modo di agire, la molla è sempre la forza premente; variano per il loro modo di applicazione.

Il cinto francese, per le ernie per esempio che si mostrano all'inguine, abbraccia il fianco dal lato stesso ove ha sede la ernia; è voluto a spirale in guisa, che, posto essendo sopra un piano orizzontale, la estremità anteriore che si aggiunge o si continua nel cuscinetto compressore, è più bassa sempre della opposta posteriore; la quale, posto che sia il cinto, deve oltrepassare la estrema parte della colonna vertebrale, pigliandovi punto di appoggio. Di più la molla, oltre ad essere volta in spira a guisa di serpe che avviluppato alzi la testa, è torta in sè stessa, onde possa meglio adattarsi alla forma dell'anca, e questa torsione forma per l'artefice un'opera difficile del lavoro.

Molto si è disputato fra i Chirurghi per stabilire quale lunghezza deve avere la molla, e se arrestarsi sopra il sacro, poco oltre l'ultima vertebra lombare o su questa, o continuare a volgersi sul fianco opposto e per quanto tratto.

La cintura metallica, di cui fu fatto uso in Italia ed in Francia, abbracciava poco oltre la metà del corpo, del quale il giro era compiuto da una correggia, che si appuntava al guancialetto o al colletto della molla. Poi questa cintura elastica fu prolungata per tre quarti dell'intero bacino. Camper sostenne questa necessità (loc. cit.) e lo Scarpa gli tenne dietro; essi dimostrarono che, onde un cinto agisca a dovere e contenga, bisogna che la molla cinga per cinque sesti il bacino. Vi fu chi volle si prolungasse per $3\frac{1}{32}$ ed anche per l'intero giro delle anche. Però è evidente, che la bontà di un cinto non sta nella lunghezza della sua molla, bensì nella sua forza e forma. I cinti che ora si fabbricano per l'ernie che si mostrano alla piegatura della coscia, hanno la molla all'antica maniera, la quale di poco passa l'estrema parte della colonna vertebrale dall'opposto lato dell'ernia. Quando l'ernia è da ambo i lati, la inguinale specialmente, sono due i cinti che si fanno articolare o si congiungono con una cignetta poco sopra al sacro e nel mezzo del tronco, e con altra cignetta si tengon fermi ai due cuscinetti, passando questa trasversalmente sul pube. Questo modo di assicurare coloro che hanno doppia ernia alle regioni

inguinali, è sempre da preferirsi a quello di far doppio cuscinetto che col mezzo di un arco o spranghetta metallica sorpassi il pube e raggiunga l'altra ernia, ed ambo i cuscinetti siano affidati ad una sola molla destra o sinistra che sia.

L'ingegno e l'industria dei fabbricatori di cinti in Parigi, non potevano rimanersi al modo consueto di comporre la molla. Quante modificazioni e quanti *brevetti* chiesti ed ottenuti! Si fabbricarono esse e più larghe e più strette, più alte e più basse, e si giunse fino a fare intera un'anca metallica pesantissima modellata sull'ernioso (Absil), la quale si mostrò e disparve. Mayor col suo *bandage évidé*, che è fatto da due lamine d'acciaio separate fra loro da una piccola fessura, credè aver operata una intera rivoluzione nel modo di fare i cinti, mentre altro non fece che copiare il vecchio cinto di fil di ferro a più strati. Jalade-Lafond, alla molla principale, invece di una ne aggiunse due, e fece un cinto pesantissimo, a cui diede il nome di *bandage renixigrade*. Anche il nome può far fortuna. Vi è un cinto francese pesante pure, che ha un lungo nome greco da invogliare a portarlo i dotti, i filologi e li archeologi di Francia. Sono specialmente i fabbricatori del cinto francese (Verdier, Lassene) che lo hanno involuto e spalmato di uno strato di resina o di gomma-elastica, perchè sia impedito di guastarsi, e questo compenso giova per i piccoli erniosi, i quali facilmente lo imbrattano di orina ec. Ma troppo lungo e noioso sarebbe l'andare enumerando tutte le modificazioni, che agli erniari specialmente francesi piacque di addurre alla molla, più per loro speculazione e guadagno, che per il vero bene degli erniosi, spesso peggiorando la bontà del cinto. Quello che importa di ricordare è che il cinto francese, che è pur l'italiano, gira il fianco dalla parte dell'ernia, e passa in quello spazio che è fra il gran trocantere e la cresta dell'ileo, abbassandosi col cuscinetto, per la torsione della molla, fino all'apertura erniaria, e rialzandosi di dietro per pigliar punto di appoggio sopra il sacro in corrispondenza delle due ultime vertebre lombari dall'opposto lato, non avendo i cinti di Camper e di Scarpa sostenuto la prova per la soverchia ed incomoda lunghezza della molla.

Continuerò sull'argomento medesimo nella prossima Lezione.

LEZIONE QUINTA

Seguito del medesimo argomento del Cinto Erniario: Cinto Inglese.

*Modo per la fabbricazione di essi cinti e regole per applicarli:
benefici effetti per la guarigione delle Ernie col solo Cinto.*

Signori,

Seguito il medesimo argomento del cinto erniario, troppo interessandomi che possiate comprendere tutta la importanza e la utilità di esso per la cura dell'ernie sciolte, potendo pure talvolta con esso solo guarirle.

Il cinto *inglese*, la cui molla contiene più acciaio delle altre, è più elastico e più forte del cinto francese; fu immaginato da Salmon. E, quantunque paja che agisca contro le regole anatomiche e patologiche, onde in prima i chirurghi male lo accolsero, pure corrisponde ai bisogni ed è grandemente utile. La molla del cinto inglese è fatta da una lista metallica semi-circolare a nastro non torta in se stessa, e che, posta orizzontalmente sopra un piano, vi tocca con le due sue estremità ed agisce nel medesimo modo che farebbero le molle da caminetto quando afferrano un tizzo e lo stringono. Il punto d'appoggio e la resistenza, la potenza sta nella molla, agendo in un senso *diretto ed opposto fra loro*, danno al cinto inglese maggiore efficacia a contenere l'ernie in paragone del cinto francese, la cui molla è a spirale e torta. L'azione diretta la vince d'assai sull'obliqua e questo dev'essere. Un'ernia, che, per essere contenuta col cinto francese, necessita di una forza di quattro libbre e mezzo, basta quella di quattro o di tre e $\frac{3}{4}$ per un cinto inglese. Esso è fatto dunque da una molla, alle cui estremità sono due guancialetti; uno *fisso*, che piglia punto d'appoggio sul sacro o sull'ultima vertebra lombare, e l'altro *mobile* per mezzo di una pallotta a cerniera, che è il compressore dell'ernia, e che bene si adatta sovr'essa e ne segue i moti

e si oppone all' uscita. La molla del cinto inglese, se l' ernia per esempio è inguinale destra, gira, non sul destro come fa il cinto francese, bensì sul *sinistro* fianco, nè vi si appoggia o vi si modella, che non abbisogna, ma ne sta discosta e preme solo con i due cuscinetti, l' uno all' altro direttamente opposti. L' arco che fa la molla si diparte dal sacro, gira sulla cresta iliaca, e, passando sopra al pube, termina al guancialetto compressore mobile. Una correggia continua la molla dalla parte dell' ernia e completa il cerchio. Siffatto cinto può applicarsi in alcuni erniosi anche senza questo ajuto della cigna, e, quel che più importa, senza sottocoscio; quindi li erniosi lo preferiscono e lo portano con molta disinvoltura, rallegRANDOSI di averlo. Se l' ernia è doppia, a mio credere meno bene si adatta il cinto inglese e meglio corrisponde il doppio francese, sebbene li stessi fabbricanti inglesi si siano studiati di renderlo acconcio al bisogno onde contenere sullo stesso individuo due ernie all' inguini. Al cinto inglese, ed era naturale, furono addotte modificazioni da Wickam, Burat, Absil, Tiphaine ec., ma il cinto di Salmon semplice rimase il più perfetto. Una modificazione che importa qui di ricordare è questa ch' io noto; la difficoltà che s' incontra nella pratica, quella è sovente di proporzionare la forza della molla a contenere, con quella dell' ernia ad uscire. Quando la elasticità della molla è soverchia, bisogna mutar cinto; quando è minore del bisogno, allora si è provveduto col mezzo di molle *supplementarie*, insinuandole nella guaina del cinto, ed aggiungendole, secondo il bisogno, alla principale; ed è giusto convenire che questo compenso riesce utile assai agli erniosi. Il cinto inglese, il quale non preme sul fianco e sulle parti molli, ma solo ove sono i due guancialetti, ha il prezioso vantaggio di non irritare la pelle, e imprimere sovr' essa un brutto solco, spesso doloroso e dattroso, quale è quello che fa al piede l' anello di ferro dei galeotti.

c. Quale debb' essere e quale è stato il modo, col quale il cuscinetto che comprime l' ernia, si è congiunto alla molla? Ecco un punto di pratica meccanica ove, bene o male, ha avuto campo di mostrarsi l' ingegno dei fabbricanti di cinti, specialmente di quelli francesi ed italiani. Prima dirò quale debb' essere il principio su cui deve appoggiarsi il più efficace congiungimento del cuscinetto alla molla, poi delle principali modifica-

zioni addotte in queste due parti essenziali del cinto, specialmente italiano e francese, e del modo artificioso con cui si è creduto provvedere ai bisogni delli erniosi.

La molla deve congiungersi al cuscinetto in guisa da non perdere essa la sua intera e pienissima forza di elasticità. Ed affinchè ciò avvenga è necessario: 1.^o Che si unisca al compressore stabilmente, con la minore possibile obliquità, continuando direttamente la sua azione elastica senza speciali e artificiosi modi di congiungimento, quasichè la stessa molla si allargasse nel compressore medesimo, e a questo fine provvede la *torsione* che ad essa si dà nel cinto francese; 2.^o Che il punto di unione della molla col cuscinetto, sia, quanto più e possibile, fatto nel centro di esso, onde i due punti, quello di appoggio e di resistenza, si corrispondano appositamente nel modo il più efficace ed operoso. Ogni discentramento della molla sul cuscinetto si fa con perdita dell'azione elastica della molla stessa, e a danno dell'ernioso, il quale, per contenere la sua ernia, deve avere allora un cinto di maggior forza che l'ernia stessa richiederebbe. Ed in vero i primi cinti italiani e francesi erano eseguiti, e molti tuttora li fanno, colla guida di questi savi principj di meccanica, la molla dilatandosi a guisa di cucchiaja, e, questa imbottita a guancialetto, si rendeva capace a contenere l'ernia e mantenerla ridotta, se specialmente era recente e piccola. Ma, siccome non tutti i cinti operano secondo il bisogno, e gli erniosi gridano e si lagnano che il cinto non tiene, ed il peccato lo ripongono principalmente nel cuscinetto, che, o non gira e non abbraccia abbastanza, o non preme ove deve, o è troppo prolungato, o troppo corto, o ha altre e diverse imperfezioni, così e i fabbricanti di cinti e i chirurghi cercarono ingegnosamente di modificare, e, come soglionsi esprimere, di perfezionare questa maniera di congiungimento con diversi ammennicoli, facendo spesso perdere alla molla parte della sua forza di elasticità necessaria a ben contenere, e quindi peggiorando l'azione benefica del cinto stesso.

Quando il cuscinetto, nelle ernie inguinali o crurali, è troppo prolungato e preme dolorosamente sul pube o sulla sua branca discendente; oppure è troppo corto, e l'ernia esce dallo spiraglio che resta dentro o in basso, allora è utile che esso sia ricondotto

nella sua giusta posizione; quindi è utile e buon provvedimento quello, che la molla, mantenendo sempre la sua congiunzione centrale col cuscinetto, vi possa scorrere secondo il bisogno o più in fuori o più in dentro. La molla, che ha alla sua estremità anteriore alcuni fori a madre-vite, si fa scivolare nella direzione del diametro massimo del cuscinetto, provvisto d'insolcatura sul dorso per riceverla o di un ponticello metallico piano sotto cui passa e ivi si fissa, sempre nel centro, con una vite.

Il cuscinetto può esser ben posto sull'orifizio erniario, ma può non esser ben *diretto* e in guisa fatto, che, invece di appoggiare e premere in pieno come deve colla sua faccia interna perchè l'ernia sia contenuta, può far forza solamente sopra uno delli orli, o superiore o inferiore, così non far ostacolo alla uscita del viscere, e questo, uscito che sia, rimaner compresso fortemente ed anche rozzamente ammaccato. Il cinto allora, non solo non lavora, ma è dannoso, e il malato non può reggerlo. Bisogna dare al cuscinetto la sua conveniente direzione o inclinazione, volgendolo in alto o in basso secondo il bisogno. Per ottener ciò, e per tener lontana la necessità di rifare una nuova molla ed un cinto nuovo, i fabbricanti usano di *non* temperare il colletto della molla, ch'è quella parte di essa che si aggiunge al cuscinetto medesimo, e quindi, giovandosi di questo mezzo, torcerla come porta il bisogno, e fare che il compressore comprima nel modo che deve. Il compenso è semplice, utile ed efficace, e tale da raccomandarsi alla industria delli erniarj e fabbricatori di cinti.

Però chi ha voluto dar prova d'ingegno, e sciogliere il problema di volgere il cuscinetto, non col più semplice, ma nel modo il più complicato e artificioso, non si è accontentato della facile torsione del colletto della molla non temperato. Si sono fatti i cuscinetti mobili a volontà sul colletto della molla stessa per mezzo di meccanismi più o meno complicati, più o meno pesanti, coi quali è possibile dare al medesimo cuscinetto le diverse inclinazioni. L'ernioso ne è per breve tempo soddisfatto e crede avere in mano il cinto il più perfetto, che poi non gli giova e lo lascia. Le inclinazioni diverse si ottengono per mezzo di apparecchi a *crics*, a *vite*, a *incastro ec.* Essi tolgono necessariamente alla molla parte della sua forza, quindi facilmente l'ernia esce, qualora il cinto non sia di tal potente elasticità e

peso e forza di molla, che il malato difficilmente lo può sopportare. Sul dorso del cuscinetto si sono posti a rocchetto due anelli a madre-vite nella direzione della molla, e questa, terminata a vite, si è fatta incastrare in essi. Con questo mezzo è possibile allungare, scorciare, allargare e volgere il cuscinetto. Ma quanta perdita di forza nell'apparecchio, e quanta facilità in esso a logorarsi! Ho veduto parecchi di questi cinti, che dopo breve tempo, non eran più buoni. La vite si era spanata e il cuscinetto girava e si sfilava da essa. Tutti questi meccanismi, per i quali si sono resi famosi ed anche ricchi, alcuni fabbricanti di cinti italiani e francesi, mirano a questo scopo; avendo un cuscinetto in una direzione, farlo girare in un'altra quando l'ernioso lo voglia. Ma queste diverse inclinazioni del cuscinetto si ottengono, come ho detto testè, a danno della potenza del cinto, e quello che da un lato si può guadagnare dall'altro si perde, e la perdita è spesso maggiore del guadagno. Quindi, considerando al modo con cui deve agire il cinto perchè l'ernia sia ben contenuta, non credo utili, ma dannosi questi ammennicoli meccanici, coi quali i fabbricatori hanno cercato di dare al cuscinetto le inclinazioni diverse a volontà del malato. Se il cuscinetto deve avere una inclinazione necessaria, perchè non dargliela nella prima fabbricazione del cinto? E perchè poi non giovarsi del mezzo semplice sopra indicato, di torcere cioè il colletto della molla non temperato? Di più questi meccanismi si slentano, si guastano, si rompono, e quindi il cinto a processione per essere restaurato e male si accomoda. Di più il prezzo del cinto a *cries* è molto maggiore di quello dei più semplici e li erniosi son tanti. Vi prego dunque non lasciarvi pigliare da questi pretesi perfezionamenti del cinto erniario, i quali giovano al venditore, non al malato.

Fra le modificazioni che sonosi fatte al cuscinetto compressore, oltre quella antica del cuscinetto fisso e continuo colla molla, e quella del cuscinetto semi-mobilità per via di speciali meccanismi, vi è pure l'altra del cuscinetto libero e indipendente, che si mette, quasi opercolo, sull'apertura erniaria, infilato con un laccetto nella molla e la molla lo preme e lo tiene in sito. Questo cuscinetto però male serve per le ernie all'inguine, e se può essere applicato con vantaggio, lo è per le ernie ombelicali; posto che sia ove l'ernia esce, può essere mantenuto, o

con la molla, o con una fasciatura elastica addominale, un reggi-corpo elastico ec. Di tutti i modi più convenienti di congiungimento del colletto della molla col cuscinetto, quello fisso è adunque il migliore, quando la molla arrivi fino alla parte centrale dello stesso cuscinetto e lo preme efficacemente, e questo per grandezza, per forma e per direzione possa servire allo scopo di mantenere l'ernia ridotta.

d.) Un'altra parte del cinto detto francese, oltre la molla e il cuscinetto, è il *sotto-coscio* da adoperarsi per l'ernie che si mostrano all'inguine e nelle vicine parti. Questo è fatto da una correggia o nastro di cuoio, di pelle di camoscio, di tela, di tessuto elastico ec., il quale, infilandosi con un laccetto nella molla od aggrappandosi ad un bottone di essa posto verso la parte posteriore e dal lato dell'ernia, gira sotto e dietro la coscia, passa nel solco che è confine colla natica, e rivolgendosi in sù rasente allo scroto od al gran labbro vulvare, si attacca col mezzo di fori a scala, onde graduarne la compressione, ad un bottone infisso stabilmente alla parte inferiore del cuscinetto. Bisogna che il sotto-coscio, che è destinato a mantener fermo il cuscinetto nella sua necessaria sede, nè stiri poco, che sarebbe inutile, nè stiri troppo, che allora lo smoverebbe e lo trarrebbe in basso, lasciando che l'ernia riescisse fuori di sopra.

Il sotto-coscio, sebbene sia parte utile e talvolta necessaria del cinto, è molto incomodo a chi lo deve portare, procaccia impaccio ai movimenti, spiacevole secrezione della pelle, eruzioni dartrose, stiramenti molesti ed anche dolorosi, e questo avviene nei vecchi erniosi, nelle ernie voluminose e assai difficili a contenersi. Sarebbe quindi grande beneficio per i malati che i cinti non avessero la necessità del sotto-coscio, anche quando esso sarebbe richiesto per la speciale qualità dell'ernia. Infatti per le ernie piccole e recenti, inguinali o crurali, ora molti erniarj fabbricano i cinti in guisa che stanno bene anche senza sotto-coscio. Il cinto inglese meglio del francese ne può far di meno. Il Ribes, come attesta Malgaigne (loc. cit. pag. 314), avrebbe risoluto il problema di far tenere, sempre senza sotto-coscio, un cinto a cuscinetto molle. Che se la soluzione del quesito meccanico, egli dice, non è perfetta, essa segna la via da seguirsi. Ecco una sommaria descrizione del cinto del Ribes tolta

dallo stesso Malgaigne: « il cuscinetto è indipendente dalla
« molla metallica; sulla faccia opposta a quella che preme l'er-
« nia, ha un largo foro conico, nel quale entra una specie di
« chiodo che fissa il medesimo cuscinetto alla cintura. Il cusci-
« netto pigia sull'ernia col mezzo di meccanismo a molla di
« acciaio curva e solida che s'innesta sopra un altro piccolo
« cuscinetto; il quale, quando il cinto è applicato, si appoggia
« sulla parte superiore dell'addome. La molla per conseguenza
« preme a un tempo sul cuscinetto superiore e sull'inferiore.
« Ma, siccome la pressione ch'essa esercita su questi due cu-
« scinetti, è maggiore sull'inferiore che contiene l'ernia, il su-
« periore non ha altro scopo che quello di mantener l'inferiore
« fisso nella sua posizione come farebbe il sotto-coscio » (1). Però,
se questo cinto libera l'ernioso dall'usare il sotto-coscio, non
lo libera dalla pressione molesta e forse poco tollerabile del
cuscinetto superiore, il quale si appoggia e preme sulla parete
addominale. Malgaigne fece prova di questo cinto; lo tenne
stando in piedi senza molta molestia, ma quando si assise, non
lo potè più sopportare e gli convenne toglierlo. Lo raccomanda
cionullameno per le piccole ernie e recenti, e principalmente
per le ernie crurali. Dovrò parlarvi forse di altri cinti ora in
voga a Parigi, quali quello di Duprè, di Collin e di molti altri
dei nostri erniari italiani che sarebbe lungo il noverare? Ri-
sparmiatemi la fatica. Quando tratterò dell'ernia inguinale
congenita col testicolo arrestato nel canale, allora vi descriverò
il cinto a forza di Follin che è ingegnoso ed utilissimo. Io
tratto qui in genere del cinto, non dei cinti in particolare.

Studiate, come era nostro debito, le parti essenziali delle
quali si compone il *cinto erniario*, nonchè i modi speciali di
congiungimento delle medesime parti fra loro, affinchè esso
corrisponda allo scopo, ora si deve ricercare; 1.^o in qual modo
debb'esser formato un buon cinto, e con quali regole mecca-
niche; 2.^o come deve essere applicato e con quali avvertenze e
cautele; 3.^o quali frutti per l'infermi si possono da esso sperare.

1.^o Il cinto, detto francese che è più usitato fra noi, deve
esser fatto con una molla metallica; la quale, secondo la forza
che deve fare, deve contenere più o meno acciaio, che vuol dire

(1) *Leçon sur les Hernies*. Loc. cit.

esser più forte o più debole. Giovano a darle vigore le liste o molle supplementarie, delle quali di sopra vi tenni discorso. Questa molla deve essere alquanto torta su se stessa e tanto da provvedere all'equilibrio delle forze per la distanza che passa, posto un cinto sopra un piano orizzontale, fra il cuscinetto posteriore e superiore (punto di appoggio) e l'anteriore e inferiore compressore dell'ernia (punto di resistenza). La molla deve abbracciare poco più della metà del tronco e bacino, dalla parte dell'ernia, e deve, vestita che sia di pelle di camoscio o di altro tessuto anche impermeabile, continuarsi in una correggia, che, girando dall'opposto lato del male, si fissi al centro del cuscinetto. La molla deve col suo colletto congiungersi stabilmente al cuscinetto medesimo, e, senza amminicoli speciali, deve arrivare fino al centro di esso, che può esser vario per forma ec. secondo la qualità dell'ernia. È bene che il colletto della molla sia stemprato, onde volgendolo, si possa dare al cuscinetto che comprime la direzione conveniente e necessaria. Bisogna che il cinto abbia, con una certa leggerezza, la forza richiesta di elasticità; la quale, affinchè sia tollerata dall'ernioso, è bene non oltrepassi le libbre 4 $\frac{1}{2}$, che vuol dire occorrere questo peso per aprire il cinto a misura. Bisogna che il malato possa tenere il cinto con una certa disinvoltura, non gli cagioni dolore, gli mantenga esattamente l'ernia ridotta, e gli permetta di attendere alle sue ordinarie faccende, purchè non siano straordinariamente e violentemente faticose. A voi parrà, o Signori, che l'occuparsi lungamente del cinto, sia cosa che offuschi lo splendore della scienza e dell'arte chirurgica. È un errore. Sentite, vi prego, che cosa disse Malgaigne nella sua 12.^a Lezione sulle Ernie (loc. cit. pag. 388): « Pensate che questo apparecchio è destinato a dei milioni d'individui che debbono portarlo per tutta la loro vita, e che per essi è una questione di vivere o morire. Un buon cinto mette l'ernioso in tale felice stato come non avesse l'ernia, un cattivo lo espone al pericolo imminente dello strangolamento. Pensate che la Francia spende ogni anno per i cinti circa 10 milioni di lire. Usate del vostro sapere per dare all'ernioso il miglior cinto, e della vostra autorità per impedire che l'erniario dia indistintamente cinti eguali a erniosi diversi. Ricordatevi che ogni ernia è una malattia speciale, che ha le sue particolari indicazioni ed ogni malato deve avere il suo proprio cinto ».

Questi i più retti principj fondamentali di meccanica e di terapeutica chirurgica, che debbono esser tenuti a guida per fabbricare il cinto. Però è utile e necessario lo avvertire i chirurghi e li erniari, che non si possono fare i cinti a dozzine secondo tale o tal' altra varietà di ernia. Fa d' uopo che l'ernia, secondo la sua sede, il suo volume ed altre sue qualità, detti essa sola la forma e la forza del cinto stesso. Facendo altrimenti si antepone l'industria e il guadagno del fabbricante, l'economia dell'Istituti di Carità, al vero ed assoluto bisogno dei poveri erniosi, poichè meglio è non tener essi il cinto o tenere un sosponsorio, che lasciarsi comprimere fortemente l'ernia, che è fuori, con un pessimo cinto. Chè se dieci cinti già fatti possono contener bene un ernia a tre o quattro erniosi che l'abbiano piccola e di fresca data, per altri, e son molti, se ne possono provar cento e più senza frutto. Vi sono pur troppo certi allentati, che, anche dopo rilevanti spese e patimenti molti, non trovando cinto per loro, sebbene ne abbiano provati dei bellissimi per studiato lavoro, per lustrar di metallo, per vaghi arabeschi, ed anche designati con nomi solenni qual sarebbe quello di *cinto anatomico*, si danno per vinti, e, restando con l'ernia fuori, la reggono come possono e come il loro proprio ingegno li detta. È assai più agevole trovare un intero vestito a misura, che un cinto per la propria ernia fra i tanti che ornano le vetrine splendide dei brachierai.

2.^o Quando l'ernioso abbia avuto dal fabbricante il cinto adatto alla sua ernia, bisogna che il chirurgo lo applichi, e noti se esso sia capace di bene e costantemente contenerla. Fidarsi della sola capacità e industria dell'erniario che vende, è mal fatto; spetta al chirurgo di verificare, e, quando nol faccia, dà, per negligenza, mano ad un inganno teso al povero malato che confida nella bontà del suo cinto. Il chirurgo, in faccia a chi ha fatto il cinto, deve egli stesso metterlo al posto, ed esser certo che l'apparecchio lavori efficacemente, e sia eseguito secondo le necessarie indicazioni e le indicate regole meccaniche. Affinchè si possa esser certi della bontà del cinto, è utile però rivedere il malato almeno dopo una settimana ch'egli l'abbia portato, essendosi dato alle sue ordinarie faccende ed avendo il cuscinetto preso posto ove deve premere e mantener l'ernia ridotta. Queste cautele essendo necessarie, considerate, o Signori,

in qual modo potranno esser provvisti di cinti quei miseri erniosi, che, in certi tali giorni, si presentano, secondo i luoghi, a diecine e a centinaia, per avere dall'altrui carità un riparo all'ernia che portano! Carità crudele: di 100 allentati, forse due o tre n'escon contenti.

Sia per esempio un ernioso che abbia un ernia inguinale riducibile, non molto voluminosa e tale, che, anche ponendosi egli disteso e supino rientri essa da sè. Or bene, rintrodotta l'ernia con adattate manipolazioni (*taxis*), o spontaneamente rientrata tenendo il malato disteso, si chiude l'apertura erniaria ponendovi sù le nostre dita stese e unite della mano destra, se l'ernia è sinistra, o della sinistra se è destra. Si piglia il cinto, e apertolo col farlo scorrere sul fianco, si applica il cuscinetto, togliendo la mano, e si dispone la molla nella sua sede, che è fra la cresta dell'ileo e il gran troncato; si fa girare la cintura molle, che fa seguito alla molla metallica, dal lato opposto del fianco, e si ferma tesa sul bottone del cuscinetto; se è necessario si aggiunge il sotto-coscio. Poi si fa alzare il malato, si fa tossire, soffiare il naso, sedere e gli si fanno fare dei movimenti vari e diversi, come per raccattare qualche cosa per terra ec. Non basta: si fa mettere giù accovacciato con le gambe larghe e col corpo piegato in avanti, e in questa posizione gli si ordina di tossire, soffiarsi il naso ec. Gli si fanno pure fare dei movimenti svariati, quali scendere e salire scale, alzare un peso ec. Se l'ernia si mantiene per il corso di alquanti giorni, il cinto è *buono* ed è *bene* applicato. La forma, la grandezza e la sporgenza del cuscinetto, debbono come ho già detto, variare secondo la qualità dell'ernia. Per le ernie antiche e voluminose e dei vecchi, come già indicai, il cuscinetto deve esser poco rilevato, molle, grande, ed il contrario nelle piccole ernie e recenti dei giovani. Quando l'ernia sia irreducibile, il cuscinetto debb'essere scavato a scodelletta, a cucchiajo ec. Talvolta si trovano degli erniosi magri, affilati, senza sporgenza di fianchi, per cui il cinto ordinario cade giù fra le gambe. Allora può essere adattato un cinto, la cui molla si appoggi sopra la cresta iliaca, e questo cinto può al bisogno essere sorretto dalle bertelle, che si usano per tenere su i pantaloni, o da fascie addominali. Per questi casi speciali sono stati pur fabbricati dei cinti, affidandoli a delle lastre metalliche modellate

sul fianco, e che il loro peso ha fatto rifiutare. Le varietà che può presentare tale o tal altra ernia addominale, possono esser tali da obbligare il chirurgo e l'erniario a provvedere con forma speciale di cinto; il quale, fatto con le regole generali sopra esposte, può condurre a delle necessarie modificazioni nella sua fattura, richieste dalle condizioni particolari dell'infermo. Pur troppo vi sono erniosi che, avendo cinti a masse e comprati a caro prezzo, non trovano in alcun modo nè per alcuna industria, riparo al loro male, e debbono quasi lasciar l'ernia a se stessa.

L'ernia adesa, quella che tien dietro alla tarda discesa del testicolo nello scroto, la molto voluminosa, la doppia, la multipla ec., quanti mutamenti non può motivare per la costruzione del cinto? Fa d'uopo allora, che chirurgo e fabbricante si diano di buona voglia la mano, onde, seppure è possibile, sia raggiunto lo scopo. Quando l'ernioso abbia trovato il suo cinto, e che il cinto lavori bene, bisogna che col mezzo di falde di pelle di camoscio, di ovatta, o di delicati pannilini, posti, sia sotto il cuscinetto, o qua o là lungo la molla, o ove il sotto-coscio stringe, sia garantita la pelle, onde non si escori nè s'impiaghi, nè dia luogo a quella eruzione dartsosa tanto fetida e tanto molesta ai malati. Allorchè il cinto non contiene l'ernia anche fatte le più facili correzioni, bisogna cambiarlo; raramente si accomoda. Talora un cinto imperfetto fa al caso, ed uno ben costruito non giova. È solo *provando e riprovando* che si raggiunge lo scopo, quello cioè di far ben contener un'ernia da un cinto qualunque.

3. Il cinto erniario, se può mantener ridotta nel ventre un ernia addominale, la può anche esso stesso totalmente guarire, e molti sono li erniosi che ottennero, rimpetto al numero loro grandissimo, questo raro e poco sperato beneficio.

La natura che fa a un disgraziato individuo lo sgradito dono di un ernia, la può poi anche da se stessa sanare. Come avviene ciò? Un ernia guarisce, quando, per cagioni organiche speciali e diverse, si può chiudere la *interna* apertura addominale da cui l'ernia venne fuori. Queste cagioni o meglio queste alterazioni benefiche, che chiudono di dentro lo spiraglio erniario, senza la qual chiusura non ci può essere guarigione perfetta, sono; le adesioni interne ed intra-peritoneali della sierosa che soppanna l'orifizio, le quali possono essere procacciate da ver-

samenti plastici, da briglie, da prodotti di flogosi circoscritta all'orifizio ed al canale erniario; possono essere procacciate da depositi grassosi, da stabili adesioni dell'omento alla medesima apertura erniaria, da tumori che per assai tempo la tengano compressa e chiusa. L'ernia può guarire, e sono molte le guarigioni, nei neonati, nei bambini, nei fanciulletti, quando l'apertura erniaria, per esempio dell'ernia inguinale, che è ad anello nei primi primissimi tempi della vita, si muta in orifizio di canale, e questo si allunga obliquamente di dentro in fuori per l'accrescimento naturale delle membra e più particolarmente del bacino, e per questo spostamento di parti, il viscere non trova più quella via diretta che favorì la sua uscita ed invece trova ostacolo alla sua nuova discesa. E tanto la natura e l'arte ajutano la guarigione completa del male in questa fresca età, che da alcuni chirurghi si vorrebbe dar biasimo ai curanti, quando l'ernia non guarisse, e fosse lasciato alla società un ernioso, il quale, soccorso convenientemente, avrebbe potuto sanare.

La istoria di tanti mai erniosi ci fornisce esempj di molti di essi, che, essendo stati costretti a rimanere nel letto supini (frattura per. es. di un femore) per mesi e mesi, si alzarono poi guariti dell'ernia e non ne patiron più mai, anche quando la loro avanzata età, non li avrebbe fatto sperar risanamento di quel cronico male. A. Pareo narra di un ernia guarita col cinto in uomo di avanzata età. Eccola ⁽¹⁾: « Giovanni Monet, cantore delle Epistole nella Chiesa di S. Andrea delle arti a Parigi, il quale aveva un ernia intestinale completa, venne da me domandandomi soccorso, perche diceva di sentire un gran dolore particolarmente cantando l'Epistola. Esaminata la sua ernia, gli dissi che in realtà egli doveva mettere un altro in sua vece e questo fu fatto. Allora egli si mise nelle mie mani ed io gli ordinai molti rimedj adatti al suo incomodo e principalmente un *brachiere* ch'egli portò per 5 o 6 anni. Un giorno dimandatogli come stava del suo male, mi rispose, ch'egli non sapeva più che vi fosse, e che ne era guarito, ciò che non avrei creduto se non l'avessi veduto con i miei proprj occhi. Fattolo infatti venire a casa mia, ed esaminati i genitali, trovai che non vi era più vestigio di ernia. Veramente maravigliai ch'ei

⁽¹⁾ *Oeuvres complètes publiées par Malgaigne. T. I, pag. 407.*

fosse guarito conoscendo la di lui avanzata età. Ora, dopo sei mesi ch'io l'ebbi visitato, accadde ch'ei morisse di una pleurisia, ed avendo saputo la di lui morte, andai alla di lui casa pregando che mi permettessero di fare l'apertura del di lui corpo, affine di conoscere quale ostacolo la natura avesse posto perchè le intestina non fossero più discese, ciò che di buona voglia mi fu accordato. Giuro che trovai intorno al foro del peritoneo *una sostanza adiposa* della grandezza di un piccolo uovo, infiltrata e adesa tanto forte ad esso foro, che ebbi grande difficoltà a distaccarla senza lacerare le pareti adiacenti. Questa era la causa dell'avvenuta guarigione. Conobbi poi altri erniosi, che, portando il brachiere, e di magri divenendo grassi, guarirono dell'ernia essendosi ingrassate le intestina, e fecero di poi di meno del brachiere stesso. Ciò ammonisce a non castrare i giovanetti per guarirli dell'ernia. La natura per poco che sia ajutata, guarisce talvolta mali creduti incurabili. L'ajuto che si porge consiste nel brachiere che impedisce all'intestino di discendere ». E guarirono pure molti che tennero sempre un buon cinto, quantunque attendessero alle loro faccende ed anche faticose e continue. La speranza di questa guarigione che è grandissima nella prima età, si fa più rara oltre i 35 anni, rarissima in una età assai avanzata. Quando le ernie sonosi fatte voluminose, si è slargato l'orifizio e il canale dal quale passano, sfiancate le aponevrosi e le falde muscolari, il cinto non può, seppure riesce, che contenerle; guarirle no mai, se non vi ponga mano il Gran Chirurgo, che è la natura.

Quando un ernia, attesa l'età fresca dell'ernioso e le buone condizioni in cui l'ernia stessa si trova, permette l'uso del cinto, e dal cinto solo si vuole speranza di guarirla, bisogna dar opera a certi speciali provvedimenti.

Bisogna che il guancialetto che la preme sia duro alto ed esteso per la lunghezza tutta del canale ernioso, procacciando ch'esso essenzialmente pigi con forza sulla interna apertura erniaria. Bisogna che la molla sia forte e più di quello che basterebbe per contenere semplicemente l'ernia. Il malato può soffrire da questa compressione, ma può essere un sofferimento messo a buon frutto. Se, colla pressura del cuscinetto, operata dalla robusta molla, il canale erniario e l'interno orifizio e colletto non s'infiammano, vano è sperare che l'ernia

guarisca. Qual forza organica permanente potrebbe procacciarne la guarigione? Bisogna che l'ernioso, soffrendo pur del suo cinto lo tenga notte e giorno, per 18 mesi o due anni, non facendo prove intempestive, affinchè il viscere non ripassi per quella via, dalla quale col cinto è stato cacciato dentro e mantenuto.

Ecco quello, che, avanti pure del Malgaigne, che ha insistito molto su questa cura compressiva col cinto, ne aveva lasciato scritto il Richter ⁽¹⁾. « Le parti infiammate contraggono facilmente delle aderenze stabili. Non si potrebbe col cinto e nei maggiori casi ottenere la cura radicale, servendosi di esso in modo, che, non solo comprimesse il collo del sacco erniario, ma tanto lo comprimesse da produrvi una infiammazione? Basterebbe ad ottener questo effetto stringere un cinto, munito di un duro guancialetto, fino al punto che la compressione si facesse dolorosa, e lasciandolo fino a che i dolori si facessero intensi e quasi insopportabili, prevenendo effetti funesti particolarmente sul testicolo. Dopo risvegliato il dolore e con esso la infiammazione, al cinto fortemente compressore, se ne potrebbe sostituire uno con molle guancialetto, e tale da esercitare una moderata compressione. Credo che questo sarebbe il mezzo più facile e più sicuro per procacciare la cura radicale dell'ernia, e molti erniosi infatti con questo stesso mezzo guarirono » ⁽²⁾.

Nei soggetti giovani e per le ernie piccole e recenti, il cinto può guarire l'ernia fino all'età di 20, 30, 35 anni, purchè si abbiano le sopra indicate cautele. Molti sono li esempi di guarigioni che si contano per la sola opera del cinto. Li erniari che vendono i cinti, ne contano coi loro da essi perfezionati molti di più di quello che realmente siano. Il cinto dunque, come può contener l'ernia, la può guarire per l'azione della compressione e per li effetti organici che essa procaccia nel canale erniario e più particolarmente all'interno apertura di esso. Se io non temessi di stancare troppo la vostra pazienza, o signori, potrei quì narrarvi istorie proprie e d'altrui mirabili di guarigioni operate dal cinto, anche in certi individui, nei quali, e

⁽¹⁾ Oper. cit.

⁽²⁾ Anche il Prof. Bettì (aggiunta alla Memoria IX dello Scarpa sulle Ernie tolta dalle Opere di questo insigne autore pubblicate in Firenze del Prof. Vannoni 1836), descrive un caso molto simile a questo di Pareo. Il sacco, chiuso, che era la vaginal propria del testicolo perchè l'ernia fu inguinale congenita, erasi fatto sede di vasto idrocele e l'ernia guarita.

per età e per notevole sviluppo dell'ernia, non si sarebbe osato sperare. Cerchino i chirurghi e i fabbricatori di cinti di garantire li erniosi col migliore dei cinti, e scemerà, ne son certo, il numero dei malati. Vano però è sperarlo ora, che il malato si affida al brachierajo, ed il chirurgo poco si occupa dei poveri allentati, solo volgendo lo sguardo a qualche ernioso di conto. Il compito apparterrebbe ai medici degli Ospizi di Carità, a quelli dei Dispensatorii delle grandi città, ai Clinici e Curanti delli spedali ec. Bisogna che la Scienza discenda dal suo trono elevato per dar le norme esatte e precise per la fabbrica del cinto, ed il chirurgo conduca per mano l'erniario e lo guidi. Vi prego poi a scusarmi se, per il vero bene della umanità, mi sono lungamente trattenuto sul cinto erniario, sulle regole necessarie per fabbricarlo convenientemente, sul modo di applicarlo, e sulle giuste speranze che nel medesimo si ripongono per guarire un ernioso. Se alcuno di voi, che Dio non voglia, sarà mai per patire dell'ernia, dirà che ho fatto bene e mi sarà grato.

LEZIONE SESTA

OPERAZIONI USATE DAGLI ANTICHI CHIRURGHICI PER TENTAR DI GUARIR L'ERNIA
SCIOLTA ADDOMINALE: *legatura, incisione, sutura, escisione del
sacco; cauterizzazione di esso; semi-castrazione, punto dorato,
sutura reale: altri modi speciali di operazione; rimedi empiri-
ci; pratiche superstiziose.*

Signori,

Prima ancora che fosse stato immaginato e messo alla prova il cinto metallico di ferro o a molla d'acciajo, li antichissimi chirurghi, e quelli che li tennero dietro fino alla metà quasi del passato secolo, cercarono di guarir l'ernia sciolta col mezzo di speciali operazioni gravi sempre, pericolose, crudeli e sventuratamente infruttuose. La cura di essa ernia fu dunque per secoli molti campo ubertoso per i chirurghi, per li specialisti erniari ed anche per i ciarlatani, e fu spesso soggetto d'industrie vergognose e mercati vituperevoli. Lo scopo delle antiche pratiche chirurgiche operatorie e cruenti per guarir questo male ributtante, quello fu, e fu un fatale errore, di distruggere col ferro e col fuoco le esterne manifestazioni morbose dell'ernia, senza darsi pensiero di chiudere l'interno forame dal quale l'ernia vien fuori, e senza la cui chiusura non puossi mai conseguire vera e salda guarigione. Venne tempo, e fu assai tardo, in cui, studiate anatomicamente le ernie e i modi di loro natural guarigione, si alzò un grido di ribrezzo e di orrore contro queste empiriche dolorose e perigliose operazioni tentate senza frutto, e da valenti pratici e da Accademie di grido, furono esse a buon dritto anatemicizzate e condannate, rimanendo nella istoria dell'arte il documento di un barbarico errore, scusato in parte dalla ignoranza anatomica e patologica di quel male, che in ogni modo si voleva curare e risolutamente guarire.

Però, sebbene alle vecchie cure cruenti venisse dato l'ostracismo e fossero cantati per esse i funerali, pure non " " "

mente dei chirurghi di ogni paese, specialmente francesi, tedeschi ed italiani, che con operazioni più savie, dirette dalle conoscenze scientifiche meglio accomodate al bisogno, e che essenzialmente mirassero a chiudere l'interno orifizio dell'ernia, non si potesse e non si dovesse ottenere la sanazione di questo male. Ond'è che, al cominciare del presente secolo, sorsero chirurghi ed operatori valenti a proporre e mettere alla prova dell'esperienza, nuove ed ingegnose operazioni, per vedere se fosse stato possibile coll'ajuto dell'arte giungere ad ottenere la tanto dagli infermi sospirata guarigione dell'ernia sciolta addominale. Dirò in seguito dei risultati ottenuti da essi colle loro nuove operazioni. Intanto voglio anticiparvi il giudizio, che al solo cinto ben fatto, posto al principio del male e lungamente e costantemente tenuto, pare sia in generale riserbata la gloria di guarire li erniosi.

Ed io, proponendomi nel corso di queste Lezioni, non tanto di esporvi tutto ciò che vi potrà esser utile in pratica per curare l'ernie dell'addome in qualunque stato esse si trovino, quanto di porgere cultura al vostro intelletto colla conoscenza istorica di ciò che fu fatto nel corso di secoli tanti dagli uomini dell'arte, che anche la conoscenza delli altrui errori può esser retta via al sapere, così non vi sia grave, o Signori, se io alquanto m'inveschi a narrarvi delle vecchie e delle nuove operazioni usate con l'intendimento di sanare con esse le ernie sciolte e libere dell'addome.

Le operazioni cruenti e distruttive fatte col proposito di guarire in breve tempo e per mezzo dell'arte li erniosi, sono antichissime, e tutte, come già dissi, ebbero per fine di distruggere tutto quanto di fuori appariva dell'ernia, che vuol dire essere stati tali mezzi insufficienti a curare la malattia. Dai vecchi pratici per ciò fare furono adoperati metodi diversi, quali l'*incisione*, l'*escisione*, il *cauterio*, il *caustico*, la *legatura*, la *sutura* ec., e questi, o soli, o insieme riuniti. Nel descrivere le singole operazioni, quali furono ricordate dai maestri dell'arte, darò conto di questi metodi barbari e crudeli. E prima mi occuperò a descrivere li antichi come la istoria li porta, poi parlerò dei moderni che menarono in Europa tanto rumore e delle loro indicazioni. La massima parte di queste pratiche chirurgiche operatorie, si riferisce alla cura dell'ernia inguinale

sciolta. Ma, siccome anche altre ernie furono in simil guisa curate, così mi è sembrato conveniente abbracciarle tutte in una descrizione generale. E tanto più a questo partito mi sono indotto, in quanto chè le cose che io anderò esponendo, mirano principalmente alla istoria di ciò che fu fatto dai Chirurghi, non a indicazioni pratiche che ora possano tornar utili agl' infermi. Dire quando i chirurghi cominciassero a curare l'ernia sciolta col vano soccorso di una operazione cruenta, non si può: mancano i documenti istorici, i quali si perdono nell' antichità.

Celso, nel Capitolo XVII del suo VII libro della Medicina, così scrive;

« Talvolta per una percossa ricevuta, o per avere lungamente ritenuto il fiato, e per aver portato un grave peso, succede la rottura del peritoneo, rimanendo intatta la cute esterna. Questo accidente può avvenire anche nelle donne per la distensione dell' utero. Avviene in particolar modo alle inguinaglie. Ne succede da ciò che divengono poco resistenti le pareti del ventre, onde, non essendo sufficienti a contenere l'intestini, questi si spingono innanzi e producono una deforme protuberanza della cute. Ed anche questo difetto si cura in diversi modi. Imperciocchè alcuni introducono alla base del tumore un ago che porta due fili, e li avvincono dall'una e dall'altra parte nello stesso modo come si fa per l'ombellico e per lo stoffiloma, onde si mortifichi tutta la parte compresa nella *legatura*. Altri fanno sulla sommità del tumore un incisione a forma di foglia di mirto (forma che ho detto esser sempre preferibile), e quindi riuniscono i margini con *sutura*. Il metodo più conveniente è quello di far mettere il paziente supino ed esaminare colla mano da qual parte il tumore sia più cedevole, perchè è necessario che in quel punto esista la rottura della membrana, essendo sempre più resistente nel punto ov' è intatta. Allora nel sito ove apparisce la rottura, si fanno due incisioni con istrumento tagliente, onde, reciso il tramezzo, il peritoneo presenti dall'una e dall'altra parte una ferita recente, perchè la rottura inveterata non aderisce colla sutura. Posta la parte allo scoperto, se il peritoneo non presenta da per tutto una ferita recente, bisogna tagliarne una piccolissima lista (escisione) quanto basti a rendere recenti i suoi margini » ⁽¹⁾.

(1) DE RENZI, Traduzione.

Dal modo con cui Celso si esprime si rileva chiaramente, che, al suo tempo, era comune fra i pratici la cura cruenta dell'ernia sciolta addominale, e questa si credeva poterla procacciare colla legatura, l'incisione, la sutura e l'escisione. Seguendo poi la istoria della Chirurgia, è ragionevole il pensare, che questa maniera di operare li erniosi per guarirli, seguitasse ad essere adoperata tal quale per assai tempo anche dopo Celso, e fino ai Greci minori, nonchè durante il dominio della scuola araba, subendo questo metodo Celsiano modificazioni diverse.

Un metodo distruttivo, che prese il posto del Celsiano, consigliato da Avicenna, Rhasis, Teodorico, Guido di Chauliac e da altri, fu quello della *cauterizzazione*. Essa compivasi col ferro rovente o col caustico detto potenziale. Sul tumore ernioso, per esempio l'inguinale, si segnava coll'inchiestro un triangolo isoscele rovesciato; la base superiore e trasversa doveva corrispondere all'apertura erniaria. Poi col cauterio in forma di piccola accetta si cauterizzavano profondamente i tessuti, seguendo le linee del triangolo e specialmente la base, e finchè si potesse presumere che il sacco fosse compiutamente distrutto, evitando però di offendere l'intestino, che doveva innanzi essere stato riposto nell'addome ed ivi mantenuto, ed il cordone dei vasi spermatici. Onde con questo mezzo si fosse potuti giungere ad ottenere una salda e nodosa cicatrice, vi furono chirurghi, ed è orribile a dirsi, i quali spinsero il cauterio, operando per l'ernia inguinale, fino sull'osso del pube, onde, necrosandolo e procacciandone la esfoliazione, potesse la cicatrice essere più efficace a mantener l'ernia ridotta, o, come speravano, guarirla.

Il caustico potenziale, usato al pari del cauterio col proponimento di distruggere il sacco erniario ed ottenere la chiusura del forame esterno dell'ernia, e che fu raccomandato da Rhasis e Teodorico, era fatto col sapon nero e la calce viva, o era diverso secondo la pratica di chi lo adoperava, purchè efficacemente corrodessa tutte quelle parti che altri distruggeva col ferro rovente. Nel passato secolo, per ottenere questa cauterizzazione, ebbe voga l'acido solforico ed il muriatico ⁽¹⁾. Alla prima cauterizzazione col caustico, incisa l'escare o no, se ne faceva succedere una seconda ed una terza finchè tutto che si voleva, fosse distrutto.

(1) GAUTIER. *Dissert. sur l'usage des caustiques pour la guérison radicale des hernies*. Paris, 1774.

In Inghilterra ebbe rinomanza e premio (5 mila lire inglesi) il processo di Little John. Egli cauterizzava li erniosi, che avevano l'ernia sciolta, coll'acido solforico, finchè, ripetendo la cauterizzazione, l'escara non erasi fatta profonda da distruggere il sacco al suo esterno orifizio. Le prove fallirono, e questo modo di cura perse della sua importanza e fu disprezzato. Lo smascheroarono Houston (*Historia rupturarum sive herniarium*) e Douglas nel Sillabo delle operazioni chirurgiche.

Meno male che già Cardano nei suoi *Commentari ad Ippocrate* (Lib. VI. Aforisma 27.^o) aveva già raccomandato di non cauterizzare l'ernia adesa, nè la molto voluminosa, avendo questa larga l'apertura da cui esce. Vi è stato anche chi, senza darsi briga del sacco erniario propose ed eseguì la cauterizzazione di quelle sole parti che si trovano in faccia del foro dell'ernia e del foro stesso onde condurlo a cicatrice e chiusura. La cauterizzazione fu pure usata come mezzo ajutatore di altri, quale l'incisione e l'escisione del sacco, nonchè di quello barbarissimo, di cui terrò parola, cioè della semi-castrazione. Era tempo che la cauterizzazione finisse di fare strage dei poveri erniosi, fra i quali si novera il sommo La Condamine, e ben a ragione l'Accademia di Chirurgia di Francia la condannò solennemente per la bocca di Bordenave. (1).

Un altro metodo pur barbaro e crudele quanto per se infruttuoso a guarire l'ernia sciolta, e che Dionis vorrebbe fosse applicato ai soli ecclesiastici erniosi (2), fu quello proposto da Paolo d'Egina (3) per l'ernia inguinale, cioè la semi-castrazione (*Chelotomia*), o la castrazione completa se l'ernia fosse stata doppia; metodo, che dalle mani dei chirurghi passò in quelle dei girovaghi operatori ed anche in quelle dei ciarlatani, i quali ne fecero mercato, ed in Italia principalmente fra i Norcini che uscivano dal Castello delle Preci di Norcia, che furono chiamati Preciani, ed ai quali pareva quasi riserbato il diritto di operare i calcolosi, i caterattosi e li erniosi. Esso consisteva nel fare al malato infelicissimo la semi-castrazione, legando col filo serico i vasi spermatici nella parte più alta dell'inguine, e insieme ad

(1) *Mém. sur les dangers des caustiques pour la cure radicale des hernies. — Mém. de l'Académie Roy. de Chirurgie. T. V, et supplément.*

(2) *Cours d'Opérations. Paris.*

(3) *Opera. Cap. 66. Lib. 6.*

essi il processo peritoneale ossia il sacco, e cucendo talvolta con sutura a sopraggitto le parti divise, oppure zaffandole con filaccia o torunde, e ponendovi sù medicamenti emostatici astringenti e poi mondificativi ⁽¹⁾. Per darvi però un'idea precisa di questa inumana operazione vi espongo quanto al suo tempo ne lasciò scritto il sommo Fabrizio di Acquapendente, condannando egli al pari di altri valenti Chirurghi questo ignominioso metodo di operare i poveri erniosi.

« Ligatur aeger supinus super tabula; inde signatur in in-
« guine tota dilatatio obliquè atramento; postea minister com-
« primit in imo abdominis intestina, ne foras prorumpant. Tum
« Chirurgus, scalpello obliqua facta in inguine sectione, sursum
« impellit testem, ut foras per foramen exeat: postea, digito
« indice circumcirca omnes membranes evellit, et a scroto se-
« parat, potissimumque vaginalem dilatata, eamque itidem foras
« trahit. Postea, apprehensis vasis et vaginali tunica, hoc est
« toto nervo, forcepe ad eam rem accomodata, sutura simul
« iungit: inde supra suturam excidit et testem abijcit. Postea,
« ad sanguinem sistendum, excisa omnia supra suturam, ferra-
« mento candente comburit, et intus reponit, filo longo exte-
« rius relicto, ut eo laxatum idoneo tempore auferatur. Ultimo
« loco, ferramento immisso per foramen inguinis, quod ad fun-
« dum scroti perveniat, perforatum ipsum scrotum, quod vulnus
« expurgatus, et ita operatio haec absolvitur. Quae ita horri-
« bilis, ita periculosa est, ut quamvis plures evadant, plures,
« tamen, aut sub ea, aut paulo post, moriantur. Unde isti (ope-
« ratores) suscipiunt aegrotantes, ut mortuos. Propter quam
« causam ego fui semper huius opinionis, ut nullo modo pa-
« tientes huiusmodi periculum subeant, praesertim cum brache-
« rium gestare possint tota sua vita, absque eo quod unus dies
« totius vitae brevietur. Ideoque eo libentius consulo, quod hisce
« diebus, cum de hac re loquerer cum D. Horatio de Norsia,
« operatore maximè hac in re exercitato, et dixit mihi, quod
« ante aliquot annos plusquam ducentos singulis annis incide-
« bat, nunc neque etiam viginti, et causam mihi expetenti re-
« tulit, quia bracherio et abstringenti medicamento imposito,
« plerique sanantur » ⁽²⁾.

⁽¹⁾ GIO. DE VIGO. *Pratica della Chirurgia*. Lib. 11. Cap. LXXI. — *Della Crepatura*.

⁽²⁾ *Operationes Chirurgicae*. — *De intestinali hernia*. Venetiis 1519. pag. 89.

Da questa descrizione, che a noi lasciò Fabrizio di Acquapendente, ripetuta spesso da molti Trattatisti delle operazioni chirurgiche, oltre a farci conoscere la pratica dell'operare con questo metodo della semi-castrazione, ci ammonisce pure che al suo tempo, cioè nel XVI secolo, essa fosse molto scaduta dalla popolare opinione, vinta dal cinto metallico che conteneva e guariva. Però Dionis ⁽¹⁾ narra di uno di questi operatori girovaghi, che nutriva un suo cane, che si cacciava sempre sotto il letto degli operandi, coi testicoli ch'egli estraeva. E tanto questa vergognosa pratica del castrare per l'ernia sciolta si condusse innanzi, che occorsero in alcuni paesi leggi severe e capitali per frenarla. Alcuni castratori in Francia furono condannati alla galera, alla fustigazione ec. Anche nel passato secolo, alla Società Reale di Medicina di Parigi ⁽²⁾ si condannava tuttavia severamente la semi-castrazione per la cura radicale dell'ernia, della quale oggidì, come è piaciuto a Dio, più non si parla; 1.^o perchè questa cura, che meglio dir si potrebbe vergognoso strazio d'infermi, procaccia disperati dolori; 2.^o perchè mette in pericolo la vita dei castrati; 3.^o perchè sacrifica un testicolo o due; 4.^o finalmente, perchè non impedisce il mantenersi della malattia ⁽³⁾.

Un altro antico metodo per tentare di guarire l'ernia sciolta addominale, seguito più dai chirurghi che dagli operatori girovaghi, e del quale, come dirò trattando delle ernie in particolare, sono ancora rimaste nell'arte alcune vestigia, fu quello della *Legatura* del colletto del sacco erniario là ove l'ernia esce dal ventre. Esso rimonta a Oribasio, fu esattamente descritto da Franco, da Ambrogio Pareo ⁽⁴⁾ e dal Gajer ⁽⁵⁾. Pietro Franco nel suo Trattato delle Ernies (1561) così scrive: « Fatta l'incisione nel luogo dell'ernia (regione inguinale) e stirato il didimo sufficientemente, io metto le piccole tanaglie nella parte più alta e le tengo ben ferme. Poi con un filo d'oro lungo quanto due dita e grosso quanto un grosso spillo, ap-

⁽¹⁾ Oper. cit.

⁽²⁾ Rapport sur les inconvénients de l'opération de la castration faite pour obtenir la guérison radicale der hernies par Poulletier de la Salle, Andry et Vicq-d'-Azir. Société Roy. de Méd. T. I, pag. 289.

⁽³⁾ Vedi ancora. HEISTER, *De Kelotomiae abusu tollendo* — Helmstat, 1728.

⁽⁴⁾ Oper. Chir. lib. VIII, Cap. 16.

⁽⁵⁾ De herniis.

puntato da un capo, passo dietro il sacco procurando di non toccare i vasi spermatici, e passato che l'abbia, lo ripasso e lo fermo a guisa di anello, ripiegando i capi l'uno verso l'altro come si farebbe delle maglie di una catena, avendo avuto cura di limare il capo appuntato ».

Ambrogio Pareo, contemporaneo del Franco, descrivendo questa operazione così dice: « Posto l'infermo supino e reintrodotti accuratamente i visceri, si faceva un taglio sul tumore ernioso, per esempio sull'inguinale; trovatolo, si legava in giro con un filo d'oro (*punto dorato*) in su e più vicino che era possibile all'orifizio dell'ernia; il filo, per mezzo di tanagliette si stringeva moderatamente e si attortigliava, lasciandolo poi a permanenza nella ferita e sperando che vi rimanesse innocuo, ciò che sovente non avveniva » ⁽¹⁾. Al filo d'oro venne poi sostituito quello di *piombo*, di *seta*, di *lino* ec., che, invece di lasciarlo nelle carni, si toglieva via dopo aver diviso i tessuti, nel modo stesso del laccio che avesse stretto un'arteria. Con queste operazioni, che l'esperienza infruttuosa condannò poi all'oblio, si aveva cura di evitare il cordone spermatico onde non patisse danno il testicolo. Questo era un metodo un po' meno barbaro della Chelotomia o semi-castrazione, però doloroso, ed incapace di guarire radicalmente li erniosi. Tale metodo fu in una certa reputazione fra i Chirurghi del passato secolo e fino al finire del secolo stesso. Operarono in simil guisa molti illustri pratici in Francia e molti in Italia. Lorenzo Nannoni scrive: « Nel Giugno del 1870 feci l'allacciatura del sacco erniario ad un bambino di due anni. Nel settimo giorno dopo la operazione nacquero le convulsioni, che non ebbero un esito cattivo, poi un'ascenso nello scroto che si aperse naturalmente. Caduto che fu il laccio, la piaga cicatrizzò e il malato guarì ». Ma questo malato, la cui vita corse evidente pericolo, non avrebbe potuto guarire col cinto, senza averlo sottoposto a grave e perigliosa operazione? La piccola età dell'ernioso lo avrebbe fatto sperare.

Fra i vecchi metodi ebbe pur fama, sebbene avesse il medesimo peccato del punto dorato e della legatura quale fu sopra descritta, quello della *sutura*; colla quale, perchè si lasciava illeso l'apparecchio generativo operando l'ernia inguinale, e

⁽¹⁾ Oper. cit.

perchè si procacciava che al Re ed allo Stato fosse conservato un maggior numero di sudditi, fu detta *sutura reale*. Essa così si eseguiva; fatto il taglio delle parti superficiali, trovato il sacco erniario ed isolatolo dalle parti vicine, veniva cucito in tutta la sua lunghezza, non toccando nè il cordone spermatico nè il testicolo, e questa sutura veniva fatta col punto a sopraggitto, ora del solo sacco, ora di questo e insieme della pelle. Oggidì non avvi chirurgo che usi di questa sutura, sebbene abbia il superbo titolo di reale.

Non vi spiaccia, o giovani egregi, se io qui ora registro altri modi di operare l'ernia sciolta, usati dai nostri vecchi chirurghi, e affatto tralasciati per la loro insufficienza, o per aver ceduto il posto al cinto erniario, che è il più efficace rimedio dell'ernia sciolta, e quello che apporta maggiori guarigioni di quante potevano menar vanto le antiche pratiche operatorie.

Freitag ⁽¹⁾ e Sermes ⁽²⁾ operavano stirando *fortemente* in fuori il sacco erniario dopo averlo scoperto col taglio, e quindi legandolo a livello dell'anello con forte laccio, che poi cadeva al cicatrizzare della ferita. La particolarità di questo processo, che appartiene al metodo della legatura, consisteva nel trar fuori quanto potevasi della produzione peritoneale, onde la cicatrice potesse essere più profonda più alta e più salda.

Alcuni operatori, rispettando per l'ernia inguinale il testicolo ed i vasi spermatici, invece del laccio, fecero uso delle scarificazioni multiple tanto dell'orifizio dell'ernia quanto della pelle, raccomandando all'operato il cinto, compiuta che fosse la cicatrice.

Schmuker, chirurgo prussiano ⁽³⁾, ci lasciò la descrizione di una operazione da lui proposta e messa alla prova per guarire le vecchie ernie scrotali. Consisteva essa nello scuoprire il sacco erniario con un taglio fatto sul tumore, aprirlo, tirarlo fuori, legarlo all'orifizio dell'ernia, *escindendo* poi ciò che restava sotto il laccio medesimo,

Taluni Chirurghi, dopo aver passato un ago armato di un

⁽¹⁾ *Dissertatio* ec. Argentina, 1721.

⁽²⁾ *De Litotomia* ec. Utrecht, 1726.

⁽³⁾ Expériences sur la cure radicale des hernies scrotales anciennes par la ligature du sac. — Ved. *Chir. Warhnehm.* Lib. 11.

filo sotto la pelle e dietro il sacco, ponevano sulla pelle stessa un pezzetto di legno a bastone, e questo stringevano col filo stesso fino alla caduta spontanea di tutto l'apparecchio. Questo modo di operare, sebbene non riuscisse sufficiente a guarire, e al pari degli altri non potesse salvare l'operato dal far uso del cinto, pure è lodevole per la sua molta semplicità, e più poi per aver segnato il principio delle nuove operazioni per l'ernia sciolta, delle quali terrò proposito nella seguente Lezione.

Nè voglio tacere, che altri Chirurghi, invece di legare il sacco, si contentarono di aprirlo tutto, e, senza cucirlo, procurarono di zaffarlo con fila medicate con sostanze irritative e mondificative, onde risvegliare in esso una infiammazione suppurativa capace poi di chiuderlo a somiglianza della cavità di un ascesso o di un idrocele curato coll'incisione.

Altri pure, aperto il sacco erniario e dissecatolo accuratamente, lo respinsero nell'orifizio o nel canale erniario ed ivi lo cucirono, aprendo pur essi la via a più recenti operazioni. Nè mancarono operatori ⁽¹⁾ che, operando per l'ernia inguinale, si studiarono di cacciare il testicolo nel forame erniario, facendolo oltrepassare verso l'addome il forame stesso, e questo chiudendo poi col mezzo di potente sutura. Il testicolo, aderendosi sopra l'orifizio erniario, avrebbe dovuto servir di tappo capace ad impedire la nuova discesa dell'ernia. Poche prove fatte svogliarono da nuovi tentativi, sia per essere state le operazioni dolorosissime, sia per essersi dimostrate insufficienti a guarire, e più poi per avere messo li operati con sì fatto metodo nell'infelice stato di non aver potuto poi far uso del cinto quando ne abbisognavano.

La descrizione sommaria di tutte queste operazioni per curar l'ernia sciolta, ci deve aver evidentemente dimostrato; 1.^o Che esse non mirarono che alla distruzione o chiusura delle esterna apertura erniaria e del sacco fuori uscito; 2.^o Che queste operazioni non potevano condurre che eccezionalmente a guarigione, non cercando con esse di chiudere l'orifizio interno da cui l'ernia vien fuori, senza la qual chiusura, oramai si sa, non può ottenersi radical guarigione; 3.^o che i dolori e i peri-

⁽¹⁾ Li spagnuoli chirurghi furono inventori di questo metodo, che fu seguito in Moravia dagli Anabatisti, e del quale rese conto Enrico Munichen medico del Re di Danimarca nel 17.^o secolo.

coli delle stesse operazioni, le quali non davano garanzia che il male non recidivasse, non potevano aver compenso dalle rare guarigioni ottenute; 4.^o che al cinto erniario era riserbata pur la gloria di guarir molti dal brutto male dell'ernia, senza spargimento di sangue ed orribili strazi, e che anche, dopo le patite operazioni, il cinto veniva raccomandato per salvar gli operati dal ricadere nel loro male, oppure per nascondere non guarito. Se il cinto doveva essere il complemento della cura chirurgica ed operatoria, perchè non poteva e non doveva esso solo procacciarla? Credo che il cinto ben fatto e bene applicato, e già ve lo dissi e ripetei, abbia guarito molti più erniosi di quello facessero le più crudeli barbare e dissennate operazioni, delle quali fu fatta bersaglio la povera unanità.

Per curare l'ernia sciolta, oltre delle operazioni, delle quali ho sopra dato un piccol cenno, furono ancora adoperati una farragine di *rimedi empirici* e *pratiche superstiziose* popolari.

Rimedi empirici, fino dai più remoti tempi dell'arte, vennero consigliati, tanto dai chirurghi pur valorosi, quanto dai ciarlatani e dalle ciarlatanesse (Mad.^{lle} Devaux) di ogni risma. Leggete i Trattati tutti dei più grandi maestri fino al declinare del passato secolo, e troverete una litania di rimedi contro l'ernia, che avrebbe faticato la memoria di Pico della Mirandola. Troverete, il *Decoctum contra herniam*, l'*unguentum herniosum*, l'*emplastrum contra herniam et contra rupturam*, l'*herba Herniaria* ec. ec. Pareo seguendo il consiglio di Guido di Chauliac raccomandava di dare all'ernioso della calamita polverizzata a trangugiare e mettere poi sull'ernia del ferro limato, affinché la calamita di dentro, tirando il ferro di fuori, traesse su l'ernia. Hoffmann invece dava per bocca il ferro all'ernioso e poneva poi su i di lui lombi un *emplastrum magneticum*, onde il magnete colla sua potenza attraendo il ferro, attraesse pure nel ventre le intestina uscite fuori!! Ugo Bobynel ⁽¹⁾, coll'uso del cinto e di un cerotto composto di trementina e tormentilla, credè, per la cura dell'ernia sciolta dell'addome, di esser giunto a bandire il ferro ed il fuoco. Io non dico che quando l'ernia è fuori, riposta che sia, non possa mantenersi dentro l'addome col mezzo di cerotti agglutinativi, resinosi, gommosi ec. e che

⁽¹⁾ *La manière de guérir les descentes de boyaux sans tailler et faire incisions.* Haye, 1630.

col loro semplice mezzo mantenuta ridotta per lungo tempo, specialmente se l'ernia è piccola, recente e in giovanissimo soggetto, non possa per se stessa naturalmente guarire. Il cerotto fa l'ufficio del cinto, e il cinto guarisce molte ernie. Ma il confidare a questi empirici rimedi la cura di questo male, è follia. Verso la fine del secolo XVII menò in Francia molto rumore un cerotto del Priore di Cabrier; il quale Priore, che avrebbe dovuto attendere alla sua parrocchia, fece sparger voce, ch'egli possedeva un segreto per guarir tutte le ernie senza cinto e senza operazione. La qualità sacerdotale del ciarlatano, i testimoni gridatori dei miracoli che non mancano mai quando si tratta d'ingannar la gente, spinsero il Re Luigi XIV a volere il segreto dal Priore, certo per ingente somma di denaro. Il segreto svelato per denaro, non per carità di fratello, era questo; cerotto astringente (spirito di sale) sull'ernia e acido muriatico col buon vin rosso dato internamente. Bravo Priore! gabbaste i credenti a pro della vostra borsa. Così va il mondo così andò e così anderà. I segreti attirano assai più delle cose palesi e oneste, e i ciarlatani fidano sempre sull'altrui credulità che non manca mai: scoperto il segreto è svelato l'inganno: del rimedio del Priore più non si parla. Ma che monta? Dopo uno viene un altro speculatore con nomi nuovi e promesse nuove, e così seguitando si mena innanzi la vita. Scusate il bisogno di un po' d'ira generosa, che rimanendomi nella strozza, non mi strangoli davvero. Pescival Pott⁽¹⁾ dice, che molti ciarlatani che si vantavano di aver guarite delle ernie sciolte furono largamente ricompensati, mentre, avendo voluto far giustizia, avrebbero dovuto essere *impiccati*. Cristo pure prese a funate i profanatori del Tempio, ed era esempio di sapienza di bontà di tolleranza.

Oltre i cerotti e li empiastri *contra rupturam*, ebbero gran reputazione, ed in alcuni luoghi e nelle mani di alcuni pratici l'hanno tuttavia, le polveri toniche, astringenti, corroboranti ec. delle quali non credo mio debito occuparmi, essendo convinto che il tonico, l'astringente ed il corroborante efficace per eccellenza, sia il cinto erniario.

Anche le *pratiche superstiziose* bizzarre strane fantastiche e ridicole sfruttarono in altri tempi il campo della cura dell'ernia sciolta e menarono per il naso i gonzi e i credenzoni.

(1) *Trattato delle Ernie*. Works, T. I, Nota.

Nel secolo XVII in Germania per guarire un piccolo ernioso, si fendeva in due parti il tronco di una quercia, e quindi si procurava che il malato girasse intorno al troncone fesso per tre o quattro volte, mentre li astanti pronunziavano delle parole mistiche, le quali è una grande sventura che non siano giunte alla nostra conoscenza. Van Helmont dà un altro processo: fendete pure la quercia in due parti e per la fessura aperta fate passare il malato; se esso non guarisce vuol dire che nel rituale mistico e solenne qualche cosa mancò. Un medico tedesco seguito da Houlier sosteneva, che facendo tenere sull'ernia e per nove giorni una pelle fresca di leprotto tuttora alla mammella, li erniosi guarivano. Non ridete, signori, Houllier era un Medico francese del secolo XVII e un medico coi fiocchi.

Manget narra ⁽¹⁾ di una pratica parimente Germanica usata *ab antiquo* per guarire li erniosi, ed era questa; di prendere di giorno un uovo di gallina fresco e caldo, vuotarlo con una piccola apertura, riempirlo della orina del malato e sospenderlo nel cammino di casa!

Con queste piacevolezze, che dan tregua alla severità dell'argomento che sto trattando, mi piace pure dar termine a questa sesta Lezione.

(1) *Biblioteca Chirurgica*, Lib. VIII. pag. 359.

LEZIONE SETTIMA

OPERAZIONI USATE DAI CHIRURGHICI DEI NOSTRI TEMPI PER TENTARE DI GUARIRE L'ERNIA SCIOLTA ADDOMINALE: metodi diversi; *autoplastia*, *introduzione nel sacco di corpi estranei organici lasciati a permanenza*, *sutura colli aghi*, *ago-puntura*, *iniezioni irritanti nel sacco*, *scarificazioni*, *tamponi organici invaginando l'inviluppi erniari nel foro e canale erniario*, *tamponi o invaginatori meccanici*: processi relativi a questi diversi metodi.

Signori,

I chirurghi del secolo che corre, sebbene si siano studiati insieme a molti dei vecchi e savi maestri, di muover guerra e condannare tutti quei metodi operatori, che avevano per scopo di chiudere e distruggere tutta quella parte dell'ernia che usciva dall'addome, quali furono la incisione, la escisione, la cauterizzazione del sacco e la sua legatura, con quello barbarissimo della semi-castrazione ed altri di cui tenni proposito nella precedente lezione; ed abbiano riconosciuto essere il *cinto* il migliore di tutti i rimedi per le ernie sciolte addominali, pure essi stessi non si son potuti difendere dal proporre e mettere alla prova nuovi atti operatori per tentar di guarirle, la maggior parte di essi, non più occupandosi di distruggere col ferro e col fuoco, o col laccio le esterne manifestazioni del male come li antichi chirurghi avevano fatto, ma principalmente cercando di chiudere il foro da cui il male stesso scaturisce, essendo esso foro la sua vera cagione morbosa e la radice che lo fa germogliare. Così si è mostrato all'evidenza, anche con quest'esempio vero, che molte cose che cadono, risorgono poi per ricadere di nuovo alla loro volta, e, cadute essendo, ritornare ancora a ricomparire. Il pendolo in moto oscilla sempre da destra a sinistra, nè si ferma mai nel mezzo dell'arco, che sarebbe il punto virtuoso. Se si fermasse, cesserebbe in tutto il moto, che è la vita.

Di questi metodi nuovi immaginati finora onde procurar di guarir l'ernia sciolta dell'addome, io vi darò conto in questa lezione e nella successiva, e lo farò nel modo il più possibilmente compendioso, riserbandomi in fine a portare sovr' essi quel giudizio complesso, che l'esperienza avrà evidentemente dimostrato vero.

Finiva il secolo XVIII e parecchi chirurghi d'Europa, specialmente in Germania ed in Italia, seguitavano tuttavia a curar l'ernia sciolta addominale con alcuno degli antichi metodi, preferendo essi la legatura del sacco. Lorenzo Nannoni ⁽¹⁾ narra di avere egli stesso operati diversi erniosi, legando loro il sacco dell'ernia, ed essersene dovuto lodare. Incisi li strati esterni fino al sacco, questo lo dissecava e lo legava rasente l'orifizio esterno dell'ernia e sotto la legatura lo escideva. Tale allacciatura, egli dice, *riunisce del pericolo*, nè è esente da *recidiva*; però è la sola che si possa proporre. In Firenze nel corso di sette anni, seguita a dire, fu eseguita su 12 erniosi. Di essi 10 eran ragazzi da 2 a 11 anni, ed uno morì (i bambini, i ragazzi guariscono ordinariamente col solo cinto); uno ebbe cancrenato il testicolo; uno un ascesso all'inguine. Degli altri due, un adulto guarì, ed una ragazza ebbe recidiva del male dopo brevissimo tempo.

Correva l'anno 1813, quando il Raw (non l'antico) in una sua Tesi diè la relazione del metodo adoperato dal Graefe di Berlino per curare e guarire l'ernia sciolta dell'addome, specialmente la inguinale. Il metodo è questo; rintrodotto il viscere ernioso e mantenutolo ridotto, Graefe faceva un'incisione lunga mezzo pollice rimpetto all'anello e la prolungava sotto per un pollice. Messo a nudo il sacco, lo sollevava con una pinzetta e lo escideva; poi v'insinuava un tampone munito di un filo ed unguentato, cercando di condurlo nel colletto del sacco stesso. Ivi lo manteneva, o, ritiratolo, lo rintroduceva, finchè in tutto il sacco si fosse sviluppato un processo suppurativo. Via via che la suppurazione si faceva maggiore e incominciavano le granulazioni, scemava il volume dello stuella o tampone, e lo toglieva affatto quando la cicatrice si andava compiendo. Graefe dunque curava l'ernia riducendo ad arte la interna parete del sacco a cavità di accesso acuto ed infiammatorio, e al pari di questo promuovendone la chiusura. Ma chi non sa quanto sia grave

⁽¹⁾ Trattato delle malattie chirurgiche e delle operazioni loro rispettive. Pisa 1794, pag. 161.

il pericolo che corrono li erniosi, quando, infiammata l'ernia, si genera nel sacco la suppurazione? E questo metodo del chirurgo Berlinese, mirando alla distruzione del solo corpo del sacco erniario, e non alla chiusura dell'orifizio interno dell'ernia, come poteva dare speranza di radical guarigione?

Autoplastia.

Metodo del Jameson di Baltimora. — L'americano Jameson, pregato e ripregato da una signora, che egli aveva operata di un'ernia crurale strangolata, perchè era ricomparsa l'ernia, di volerla ad ogni patto guarire, egli la operò condescendendo alle sue preghiere.

Messo a nudo l'anello crurale, tagliò sui tegumenti vicini un lembo a foglia di mirto lungo due pollici e largo dieci linee alla base, lo disseccò e lo introdusse nel canal crurale, fissandolo con un punto di sutura. La riunione fu pronta e perfetta e la erniosa guarì. Jameson fece colla pelle quello che Garangeot faceva col sacco erniario, disseccandolo, arrotolandolo e cacciandolo nel canale erniario. Tal metodo non ha avuti che pochi imitatori. L'illustre Prof. Rizzoli di Bologna lo tentò su di un ernioso di 39 anni che aveva ernia inguinale; e sebbene il lembo cutaneo insinuato nel canale e mantenutovi non si aderisse, pure la suscitata infiammazione valse a chiudere in parte il canale stesso, e l'ernioso migliorò ⁽¹⁾. Pure, siccome non potrebbe consigliarsi che nei giovani soggetti e per le piccole ernie, la operazione con i suoi dolori e pericoli si potrebbe mai mettere a confronto col cinto, col quale, solo, e già lo proclamai, le ernie incipienti nella età fresca posson da loro stesse guarire?

Introduzione nel sacco di corpi estranei organici lasciativi a permanenza.

Metodo del Belmas. — Il francese Belmas (i francesi chirurghi molto si occuparono a trovar modo di guarir l'ernia sciolta addominale) nel 1837 propose all'Accademia delle Scienze di Parigi un nuovo metodo e due suoi singolari processi con istrumenti particolari per eseguirli, speranzoso egli pure di raggiungere il fine che ei si proponeva, quello cioè di sanare li erniosi.

1.^o *Processo.* Rintrodotta l'ernia tenendo il malato supino,

⁽¹⁾ Collezione delle Memorie Chirurgiche ed Ostetriche. Bologna, 1859. Tom. II, pag. 9. Memoria 1^a. Operazioni Chirurgiche per la cura radicale di alcune ernie addominali esterne.

col mezzo di una cannula curva, appuntata ad una estremità, e

dall'altra traente a coda un palloncino di finissima pelle vuoto e chiuso, in quella guisa che l'ago trae il filo nella sua cruna, traversava da parte a parte l'inviluppi erniari, e in modo faceva (e questo doveva essere atto difficile e incerto) di penetrare nel luogo più largo del sacco, nel quale, ritirando la cannula, faceva passare il vizzo palloncino. Poi, prima di separarlo dalla cannula stessa e lasciarlo nel sacco, lo gonfiava soffiandovi dentro e lo legava. Così facendo Belmas sperava, che tutto il sacco erniario sarebbe rimasto disteso ed occupato dal palloncino.

Dopo molte esperienze tentate sugli animali, ei volle far prove di questa operazione sugli erniosi. Disse averne guarito uno di 74 anni ed un secondo che corse pericolo della vita, e poi

un terzo che non volle tenere il palloncino: un quarto morì per erisipela flemmonosa. Questo processo, nato appena, finì ⁽¹⁾.

2.^o *Processo*. Persuasosi l'autore che il palloncino era troppo voluminoso, e quindi irritava le parti soverchiamente, volle studiarsi di portare nel sacco dei filamenti gelatinosi, insieme a dei frastagli minuti di sottilissima pelle (bouduche) e lo fece per mezzo di un ago-cannula retto di costruzione ascomplicata (V. *fig. 1*). Quest'ago si compone di un fusto metallico

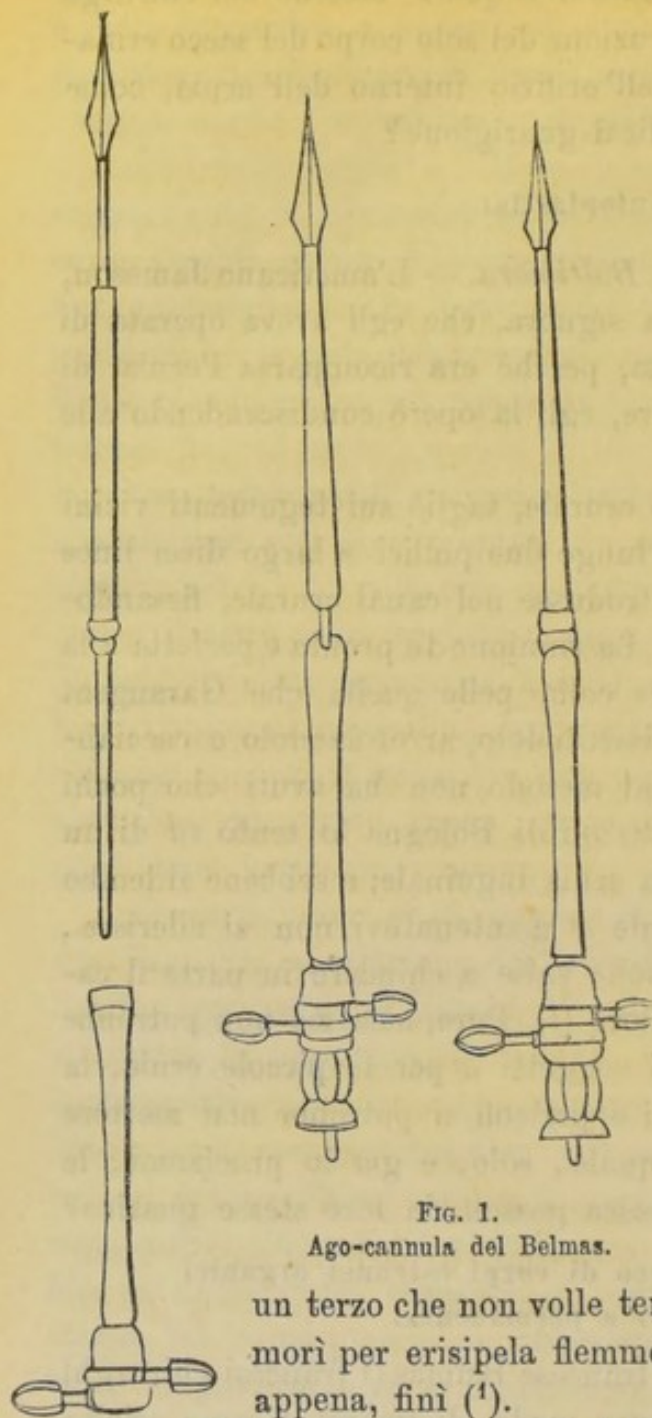


FIG. 1.
Ago-cannula del Belmas.

⁽¹⁾ Acad. des Sciences. Séance. 2 ottobre 1837.

centrale, che ad una estremità è a lancia appuntata (ago), e dall'altra si avvita ad un piccolo manubrio. Questo fusto è rivestito di due cannule, interna l'una, esterna l'altra, e queste due cannule, quando il fusto centrale si sfila, si spezzano in due nel mezzo. Passato che sia l'ago a lancia nel sacco, si ritira il fusto, che è l'ago stesso, si ritirano pure le due cannule esterne e restano le due interne; le quali, avendo là ove s'incastrano un orlo rilevato, questo aiuta a tener teso il sacco, nel modo che lo fosse da uncinetti sospensori, o da due pinzette. Per la via di queste interne cannulette, le quali in certo modo fanno ufficio di dilatatori del sacco, s'insinua la materia gelatinosa e i frustoli di pelle, spingendoli dentro col mezzo dell'ago stesso usato dalla estremità opposta alla punta come si farebbe caricando una pistola. Poi nel sacco si ricompone l'ago tutto e si ritira.

Con questo secondo processo Belmas assicurò aver fatto 10 operazioni su diversi erniosi e che 5 ne guarirono ⁽¹⁾.

Ma, operando coll'uno e coll'altro processo, chi assicura l'operatore di essere con i suoi ferri entrato propriamente nell'interna cavità del sacco erniario? E chi può avere speranza di guarigione delle ernie, quando in simil guisa operando, si mira solo alla distruzione del corpo del sacco erniario e si lascia aperto il foro da cui l'ernia esce? È egli possibile con questi artifici da nulla, con questi gingilli, siano pure ingegnosi, poter combattere una fiera malattia e ribelle, quale è quella dell'ernia, e che ha tanta facilità e tanta tendenza a recidivare, anche quando da assai tempo parrebbe guarita? Ben altra forza ci vuole per vincere opporre ostacolo alla sua nuova uscita, che li effetti prodotti nel sacco dall'addensamento di quei frammenti stracciosi di gelatina e di pelle. I processi di Belmas. sono rimasti nella istoria, non nella pratica chirurgica, e questo è giusto che sia.

Sutura cogli aghi.

Metodo del Bonnet di Lione. Mentre Belmas faceva le sue prove a Parigi, Bonnet di Lione, per guarir l'ernia sciolta, specialmente l'inguinale, proponeva un nuovo metodo operato-

⁽¹⁾ BOINET. *Concours d'Aggrégation. Thèse*, Paris 1889.

rio, e questo era della sutura metallica fatta cogli spilli (1). Egli ebbe due processi.

1.^o *Processo*. Per eseguir questo processo occorrono; 1.^o delli spilli lunghi un pollice e mezzo; 2.^o dei pezzetti di sughero del volume della estremità del piccolo dito concavo-convessi; 3.^o una tanaglietta tonda da corone; 4.^o una incisiva.

Prima si apparecchiano li spilli, infilando in ciascuno un pezzetto di sughero con la convessità rivolta verso la punta. Poi l'operatore riduce l'ernia, sia l'inguinale, e stringe lo scroto alla sua radice, spostando il cordone spermatico in fuori, e tenendolo stretto coll'indice e col pollice. Rasente all'unghia del pollice spinge indi il primo spillo, dietro il colletto del sacco e dietro il cordone, e tanto lo spinge, che il sughero venga a contatto della pelle e la punta passi fuori dall'opposto lato. Allora si insinua nella punta stessa l'altro pezzetto di sughero colla sua convessità verso la pelle, e i due pezzetti si avvicinano e si stringono moderatamente l'uno all'incontro dell'altro. La punta dello spillo si torce colla tanaglietta da corone. Messo il primo spillo, si mette il secondo di basso in alto, alla distanza di 7 linee dal primo. Quando si pongono due spilli, il cordone spermatico deve trovarsi fra il primo ed il secondo. Nelle ernie voluminose possono essere necessari tre o quattro spilli, mettendoli sempre alla medesima distanza e sempre di basso in alto. Posta la sutura, si tien sollevato lo scroto onde non tiri giù le parti cucite. Dal sesto al dodicesimo giorno si ritirano li spilli, tagliandone la punta colla tanaglietta incisiva e perciò fare si aspetta che l'infiammazione sia alquanto vivace ed anche li spilli stessi abbiano un poco ulcerata la pelle. Tolti che siano, si medica con cataplasmi e vino aromatico, e, calmata la infiammazione, si pone il cinto.

2.^o *Processo*. Bonnet, ammonito dagli insuccessi del suo primo processo, pensò di traversar prima le parti medie del sacco e poi metter li altri spilli in fuori ed in dentro, avendo cura di mantener sempre tese le parti; di porre li spilli in due ranghi, uno vicino all'orifizio erniario, l'altro immediatamente sotto di esso; di attaccare un filo a ogni pezzetto di

(1) *Sur l'introduction et le séjour des épingles dans le sac herniaire comme moyen d'obtenir la cure radicale des hernies*. Gazette Médicale du Paris, 9 décembre 1837.

sughero onde poterlo più facilmente ritirare quando s'infossi nelle carni infiammate. Bonnet, i cui processi, più che alla chiusura dell'orifizio interno dell'ernia, miravano alla distruzione del collo del sacco, non fu felice nelle sue prime prove. Su 9 operati ebbe 4 guarigioni, 3 recidive, 2 morti. Questi due disgraziati, coll'usare del cinto, avrebbero potuto seguitare a vivere chi sa per quanto mai tempo.

Metodo del Mayor. Anche Mayor di Losanna ⁽¹⁾ sperimentò un metodo per guarir l'ernie sciolte del ventre, che molto si rassomiglia a quello di Bonnet.

Rintrodotta l'ernia, la inguinale, passava un dito nell'anello aponevrotico per assicurarsi della riduzione completa di essa, e conoscere l'ampiezza dell'apertura erniaria. Quindi faceva della pelle scrotale una piega sopra il sacco, maggiore o minore secondo la grandezza della stessa apertura erniaria, mantenendola colle dita della mano ben tesa, e piuttosto troppo che poco. Preparati prima degli aghi con fili doppi incerati, ed alle estremità di ciascun filo legata una spugnetta che doveva fare ufficio di nodo, un ajuto passava l'ago nel mezzo della piega, e, secondo il volume dell'ernia, gli aghi potevano essere da tre a sette. Passati gli aghi, sempre tenendo tesa la piega scrotale, tagliavasi il filo doppio alla cruna, e sdoppiati i fili, vi si poneva altra spugnetta e si stringevano. Così si faceva una specie di sutura incavigliata alla base della piega della pelle. Fra un filo e l'altro eravi la distanza di alcuni millimetri. I fili inferiori erano più vicini fra loro. Scopo di questa sutura che si lasciava in sito otto giorni e più, era quello di provocare una infiammazione adesiva intorno e dentro il canale erniario: il cinto completava la cura. Mayor sperò molto da questo suo metodo, e poi dovè confessare, avere avuto con esso molte recidive. Il Rizzoli adoperando quasi questo medesimo metodo in un ernioso di 30 anni, che aveva una voluminosa ernia inguinale destra, riducibile ma non contenibile, fu assai fortunato. Posto l'infermo supino nel letto « sollevai, egli dice ⁽²⁾, colle dita delle mie mani l'integumenti sovrastanti all'anello inguinale in cui esisteva l'ernia, già da me ridotta, in modo

⁽¹⁾ *Gazette Médicale de Paris.* Mai 1837.

⁽²⁾ *Oper. cit.* pag. 17.

da formare con essi una piega longitudinale assai tesa della lunghezza di 6 centimetri circa, il mezzo della quale corrispondeva all'anello. Allora ne feci attraversare da un assistente la base da sinistra a destra alcuni millimetri più in su del suo estremo inferiore, con un ago curvo munito di doppio cordoncino; dopo di che feci passare superiormente a questo altri due aghi simili, distanti ambedue l'uno dall'altro un centimetro e mezzo circa. In seguito, separati fra loro, tanto a destra quanto a sinistra, i doppi cordoncini, insinuai fra i rispettivi due capi alquanto allontanati, un cilindretto formato con del cerotto arrotolato, su del quale li annodai tutti strettamente con un cappio, onde comprimere così coi cilindretti strettamente alla sua base la fatta integumentale piega, ed esercitare su di essa e sulle parti adiacenti e sottostanti tale compressione ed irritazione, che valesse a produrre quel grado d'infiammazione che era indispensabile, affinchè si formassero li organici tessuti che servir dovevano alla obliterazione dell'apertura inguinale, attraverso cui insinuavansi l'intestini ».

La piega integumentale lievemente infiammossi; alla settima giornata furono tolti i cilindretti e i cordoncini; dai fori sgorgò poca suppurazione e dopo cinque giorni erano chiusi. L'ernioso, per tutte le prove fatte e continuate poi, era guarito, e il cinto completò la cura.

Ago-puntura.

Metodo del Malgaigne. — Malgaigne, considerando come la infiammazione del sacco e del canale erniario sia la cagione efficace della cura dell'ernia sciolta, volle cercare di determinarla, infossando nel canale stesso dei sottili aghi, e mantenendoveli fino ai primi segni della flogosi. Tolti questi, raccomandava fosse applicato un cinto capace di mantenere la stessa irritazione eccitata dagli aghi e che doveva condurre all'adesione delle parti. Però Malgaigne vuole che questa operazione sia proposta con estrema riserva e in qualche caso speciale, ove il canale non sia stato troppo slargato, nè l'ernia troppo voluminosa e l'apertura sempre piccola e ristretta ⁽¹⁾.

(1) BOINET. These. *Concours d'Agrégation*. Paris 1839.

Credo che i consigli del Malgaigne non siano stati accettati dai chirurghi, poichè sono state poche le prove con questo metodo fatte. Ducros, dopo 10 giorni che li aghi stavano infilati, non vide il più piccolo segno d'inflammazione.

Iniezioni irritanti nel sacco.

Metodo del Velpeau. — Velpeau, tormentato dal desiderio, al pari degli altri pratici, di guarir l'ernia sciolta addominale, e incoraggiato da due casi fortunati di guarigione, sui quali fece i suoi primi esperimenti, consigliò d'iniettare nel sacco erniario la tintura d'iodio, come si fa da molti per curare l'idrocele della vaginal propria del testicolo e chiudere alcune cisti. « Io fo, egli dice, un incisione di un pollice circa alle tuniche dello scroto fino alla superficie esterna del sacco. Aperto questo colla punta del coltello, v'introduco la cannula del tre-quarti col mezzo di uno stiletto bottonato, e, fissata l'apertura del sacco sulla cannula con una pinzetta, incarico un ajuto d'iniettare il miscuglio iodato (6 scropoli di tintura d'iodio e tre once di acqua), mentre un altro ajuto preme il canale inguinale affinchè il liquido iniettato non arrivi nel gran sacco del peritoneo. Dopo aver fatto scorrere questo liquido su tutti i punti del sacco, lo lascio sgorgare dalla cannula, la quale ritiro e riunisco la ferita col mezzo di tre punti di sutura attortigliata ⁽¹⁾ ». Velpeau non giudica il valore del suo metodo, di cui fu seguace il Jobert, e lascia questo giudizio all'esperienza, la quale non gli è stata troppo favorevole, sia per le poche prove fatte, sia per i risultati sfavorevoli verificati in alcune autopsie d'individui che innanzi vi si erano stati sottoposti (Demeaux). Egli operava nel 1873, quando erano messi a cimento altri metodi operatori, i quali richiamavano l'attenzione di tutti. Per queste iniezioni Maisonneuve e Ricord immaginarono dei tre-quarti particolari, che non assicurano però dal pericolo di iniettare il liquido fuori del sacco. Per queste iniezioni, Walter, invece della tintura d'iodio, propose il sangue umano (forse per li effetti benefici dei depositi fibrinosi), Schraeger il vino, e Pancoast americano la tintura allungata di cantaridi mista a quella d'iodio.

(1) *Nouveaux Elmens de Médecine Opératoire*. Paris 1839, T. IV, pag. 45.

Scarificazioni.

Anche le scarificazioni dell'orifizio erniario e del sacco sono state proposte per eccitare in quelle parti un'infiammazione atta per i suoi effetti a chiudere all'ernia la via. Velpeau e Guérin l'hanno raccomandata particolarmente, e si vuole da taluni che questo metodo sia molto antico (Leonida, Aezio ec.). Velpeau così lo compiva; rintrodotto l'ernia, introduceva nel sacco una forte e lunga asta lanceolata, fissa su di un manico (*fig. 2 V. III*) e la introduceva a livello dell'anello esterno ⁽¹⁾. Ivi, e dentro e fuori, faceva qua e là delle scarificazioni e ritirava l'istrumento, applicando dipoi il cinto. Presso a poco in simil guisa operava Guérin servendosi del suo coltello lanceolato e del tenotomo ⁽²⁾. L'esperienza ha dimostrato la insufficienza di questo metodo per un male tanto grave e duraturo qual'è quello dell'ernia addominale, non certamente trattenuta nella sua via dalle poche aderenze e cicatrici che possono tener dietro alle scarificazioni dell'esterno orifizio erniario e del canale. Anche il Palamidessi ne fece prova ⁽³⁾, ma non ebbe chi lo seguitasse.

Tamponi organici — Invaginamento dell'inviluppi erniari nel foro e nel canale erniario.

Metodo del Gerdy. — Il francese Gerdy, chirurgo di molto ingegno e sapere, per guarir specialmente l'ernia sciolta inguinale e scrotale spesso poco atta ad esser mantenuta col cinto, immaginò un metodo, che parve assai semplice e buono, che presto fu messo alla prova da molti operatori, e che, in breve giro di tempo, diè luogo a modificazioni importanti, delle quali sarà mia cura tenervi proposito. Il metodo del Gerdy fu detto per *invaginamento*, perchè le membrane scrotali s'invaginano nel canale inguinale e ivi si mantengono con una sutura cruenta. Questo metodo è però applicabile a tutte le ernie sciolte del-

Fig. 2. Asta a lancia scarificatrice del Velpeau.

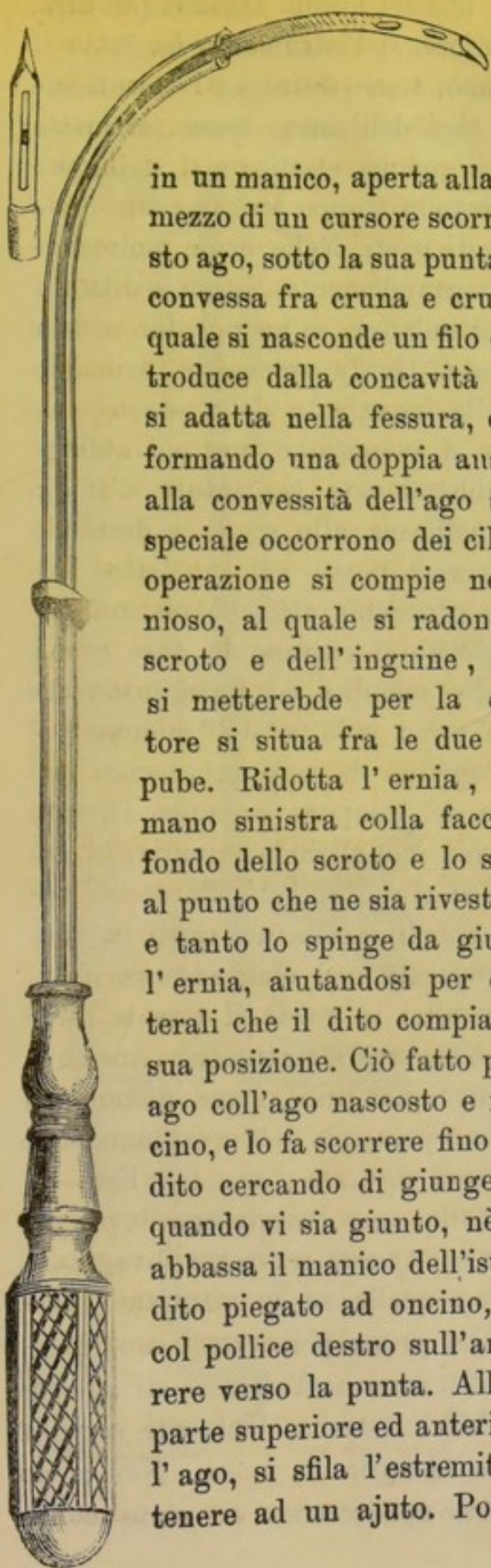


⁽¹⁾ *Nouveaux Éléments de Méd. Opér.* Paris 1839, T. IV, pag. 40.

⁽²⁾ *Cure radicale des Hernies par la méthode sous-cutanée.* — *Annales de Chir. française et étrangère.* Paris 1841, Vol. V. pag. 342.

⁽³⁾ Cura dell'Ernia sciolta colle scarificazioni sotto-cutanee. *Gazzetta Medica Italiana (Toscana)* anno 1855.

FIG. 3. — Porta ago curvo del Gerdy.



l'addome. Per usarlo occorre un istrumento particolare. Esso è fatto (*fig. 3*) da una guaina metallica, curva e fissa

in un manico, aperta alla sua estremità, e nella quale col mezzo di un cursore scorre un lungo ago a nastrino. Questo ago, sotto la sua punta ha due crune, e sulla parte sua convessa fra cruna e cruna, ha un solco o fessura nella quale si nasconde un filo doppio incerato. Questo filo s'introduce dalla concavità dell'ago nella cruna inferiore, si adatta nella fessura, e si fa passare nella superiore formando una doppia ansa, la cui concavità corrisponde alla convessità dell'ago stesso. Oltre questo istrumento speciale occorrono dei cilindretti di gomma elastica. La operazione si compie nel modo seguente. Posto l'ernioso, al quale si radono scrupolosamente i peli dello scroto e dell'inguine, nella medesima posizione che si metterebbe per la cistotomia perineale, l'operatore si situa fra le due estremità inferiori rimpetto al pube. Ridotta l'ernia, egli pone il dito indice della mano sinistra colla faccia palmare rivolta in alto nel fondo dello scroto e lo spinge nel canale inguinale fino al punto che ne sia rivestito come da un ditale di guanto, e tanto lo spinge da giungere all'apertura interna dell'ernia, aiutandosi per ciò fare con dei movimenti laterali che il dito compia, conservando sempre la prima sua posizione. Ciò fatto piglia colla mano destra il porta ago coll'ago nascosto e munito del filo o sottil cordoncino, e lo fa scorrere fino in fondo sulla concavità del suo dito cercando di giungere all'apice del dito stesso; e quando vi sia giunto, nè senta battito di arteria vicina, abbassa il manico dell'istrumento, e giovandosi pure del dito piegato ad uncino, spinge l'ago fuori, premendo col pollice destro sull'anello cursore, e facendolo scorrere verso la punta. Allora l'ago traversa i tessuti alla parte superiore ed anteriore del canale inguinale. Uscito l'ago, si sfila l'estremità superiore dell'ansa e si dà a tenere ad un ajuto. Poi si ritira di nuovo l'ago nella

sua guaina, e si ripunge colle medesime avvertenze alla distanza di otto o dieci millimetri. Fatta che sia questa seconda puntura, si sfila l'ansa dalla cruna inferiore, e l'istrumento ha fatto il suo ufficio. L'ansa a doppio capo, tiene e tira su i tessuti invaginati scrotali. Aperti poi i capi dell'ansa stessa, si mette fra mezzo di essi il cilindretto di gomma elastica e si stringono con cappio a fiocchetto, non serrando troppo strettamente onde non dar luogo a mortificazione di parti. Nelle ernie molto voluminose, e quando lo scroto fu grandemente disteso e dilatato assai l'orifizio erniario, invece di un'ansa, se ne possono metter due, seguendo le regole indicate. Gerdy soleva in principio bagnare con un pennello la pelle invaginata dello scroto coll'ammoniaca liquida, onde essa si svescicasse, ma poi abbandonò quest'aiuto, come fu abbandonata la tintura d'iodio da altri consigliata, essendo inefficace allo scopo e destando soverchia irritazione. L'operato vien posto nel suo letto, supino e con un cuscino sotto le ginocchia affinchè restino sollevate. Fra il terzo e quinto giorno si ritirano le anse e con esse i cilindretti. Questo metodo semplice ed ingegnoso, che pareva eccellente per guarir l'ernia sciolta dell'addome, e che agiva più per li effetti flogistici da esso procacciati nel canale erniario che per l'opera del tampone organico (questo talvolta ricadeva subito e l'ernia cionullameno guariva), non apportò tutti quei benefizi cha si erano sperati. Parecchie furono le guarigioni ottenute, ma molti i casi nei quali fu adoperato senza frutto. In taluni operati anzi esso addusse gravi danni per flogosi cancrenose, in altri la morte. I tessuti invaginati sovente ricadevano giù, nè bastava a trattenerli l'ansa o le anse postevi per sostenerli. Gerdy immaginò ancora per questa operazione, seguendo sempre il suo principio dell'invaginamento, una morsa o pinzetta, quale è quì figurata (*fig. 4*). Essa ha

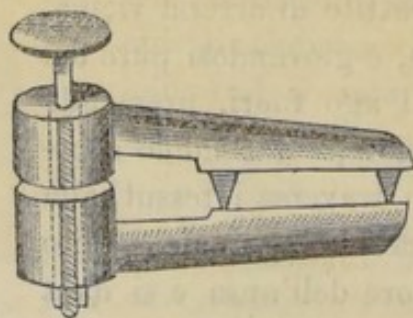


FIG. 4. Morsa del Gerdy.

due branche; una dentata con due denti e l'altra no. Questa serve per invaginare lo scroto; quella ve lo mantiene invaginato. La prima percorre il canale erniario ed è interna, l'altra si stringe sovr'esso ed è esterna. Una vite serve a stringere ed aprire la morsa. Non credo che questo apparecchio sia stato molto

adoperato, quantunque fosse modificato da Langenbeck e Leroy d'Étiolles.

Fayrer di Calcutta modificò il processo di Gerdy, introducendo nel fondo dei tessuti invaginati un pezzetto di legno levigato, a cui erano aggiunti due capi di un filo. Questi due capi passati alla maniera del Gerdy attraverso il canale, venivano fissati sopra un altro pezzetto di legno posto di fuori. L'orifizio interno erniario veniva così serrato da una sutura incavigliata ⁽¹⁾.

Tamponi o invaginatori meccanici.

A questo metodo dell'invaginamento fatto con fusti meccanici si riferiscono specialmente i processi di Wützer, di Sotteau e di Valette, che io qui registro.

Processo del Wützer. — Il processo del Wützer di Bonn si pratica con un istrumento particolare detto *Celekleizon* (invaginatoio), e che fa l'ufficio del dito adoperando il metodo del Gerdy. L'istrumento o apparecchio (*fig. 5*) si compone di tre parti; di un *cilindro*, di un *ago*, di una *doccia*. Il cilindro, che somiglia ed è più lungo di un dito disteso, è retto, di legno o di avorio (invaginatoio), forato nel centro per quasi tutta la sua lunghezza meno alla punta, che è tondeggiante come l'apice del dito stesso. Lung'esso, e sulla medesima linea di questo cilindro si notano; al suo principio una forchetta che deve ricevere il fusto

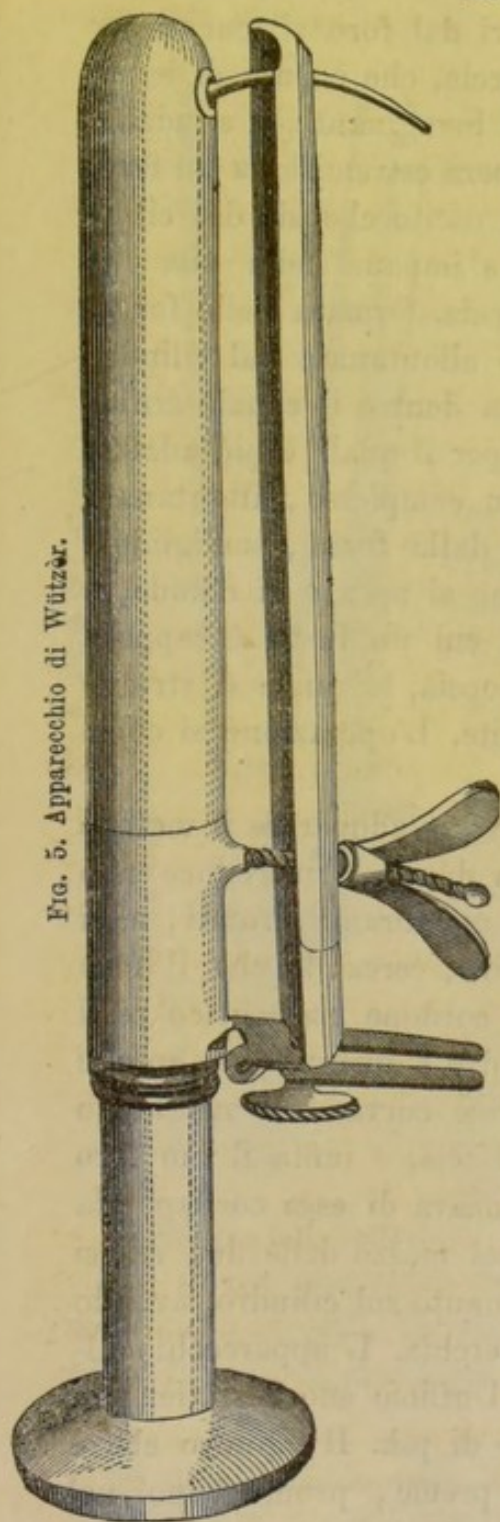


Fig. 5. Apparecchio di Wützer.

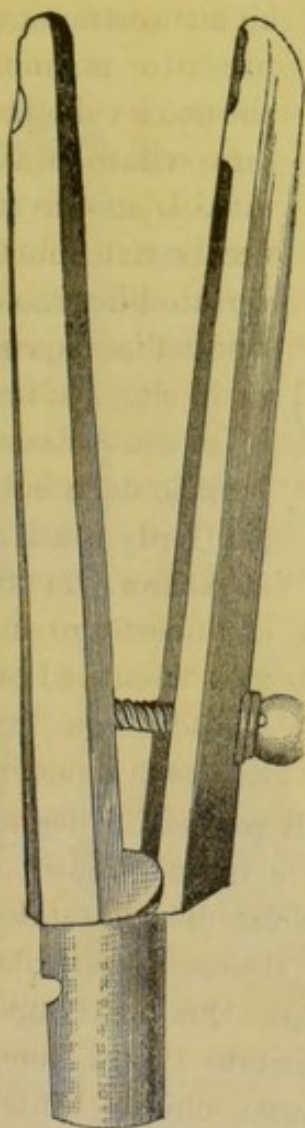
⁽¹⁾ *Gazette des Hopitaux*, 1868, pag. 373.

della doccia; poi a poca distanza una madre vite parallela alla forca, nella quale gira una vite che deve premere la doccia stessa sul cilindro, e verso la punta del cilindro un foro, dal quale deve uscir fuori l'ago. L'ago è fatto a nastrino, elastico, più lungo del cilindro, fisso su di un manico; s'insinua retto nel cilindro, e quando vien fuori dal foro si curva per entrare in un foro della doccia. La doccia, che è pure di legno o di avorio, è lunga quanto il cilindro invaginato, e si adatta alla convessità di esso. Verso la sua libera estremità ha un foro, nel quale entra necessariamente l'ago, uscito che sia dal cilindro. Per mezzo della madre vite, che s'impana nella vite che sorge dal cilindro invaginato, la doccia, fermata nella forca, ove si avvita, può essere avvicinata o allontanata dal cilindro ch'essa cuopre. Questo cilindro si situa dentro il canale erniario, e più specialmente nell'inguinale per il quale è più adatto; la doccia resta fuori. L'apparecchio in complesso, allontanata la doccia dal cilindro senza toglierla dalla forca, somiglia le due branche di una grossa forbice che si apra e si chiuda, o meglio a una pinzetta smontabile, di cui un fusto è rappresentato dal cilindro, e l'altro dalla doccia, la quale si stringe sovr'esso col mezzo dell'ago e della vite. L'operazione si compie nel modo seguente:

Preparato l'ernioso come se si dovesse adoperare il metodo del Gerdy, e separato il cilindro dalla doccia, s'introduce esso nel canale inguinale invaginando le membrane scrotali, e si spinge tanto in alto quanto è possibile, cercando che il foro ch'esso ha sia volto in avanti, e il cordone spermatico resti in dietro e in dentro. Allora nel cilindro s'insinua e si spinge l'ago; il quale, forando i tessuti, esce curvandosi nel luogo sopra indicato. Ciò fatto e presa la doccia, s'infilà il suo foro nell'ago, e si procura che la parte concava di essa corrisponda alla convessa del cilindro. La doccia col mezzo delle due viti si ferma e si stringe, tanto sulla forca, quanto sul cilindro, avendo cura che la compressione non sia soverchia. L'apparecchio allora è stabile, non si muove, compie l'ufficio suo e si tiene in sito per sei o sette giorni ed anche di più. Il cilindro che è dentro, colla doccia fuori che lo preme, promuovono nel canale quelli effetti flogistici (versamenti plastici ec.) sui quali è risposta la speranza della guarigione dell'ernia. Questo pro-

cesso del Wützer, che fu in Germania molto sperimentato, sebbene non mancasse talora di procacciare gravi infiammazioni, ascessi, cancrene ed esporre li operati al pericolo di perder la vita, pure è quello che ha dato i più splendidi risultati, quali evidentemente sono chiariti dalla statistica di Rothmund (1), che qui noto;

Fig. 6. Morsa di Sotteau.



Uomini operati col processo del Wützer.	
zer.	140
Morti	0!
Risultati nulli . . .	6
Migliorati.	4
Recidivati.	13 e forse più
Guariti.	117
	140.

Lo stesso Rothmund modificò il processo del Wützer e immaginò un apparecchio suo proprio assai complicato descritto da Sédillot e Legouvest (4 édit. T. II, pag. 419). Con esso, invece di un solo ago, se ne possono passare due o tre secondo il volume dell'ernia. Anche lo Spencer Wells fu seguace del metodo del Wützer, avvalorandolo colla esterna compressione e lo rese noto per tutta l'Inghilterra (2).

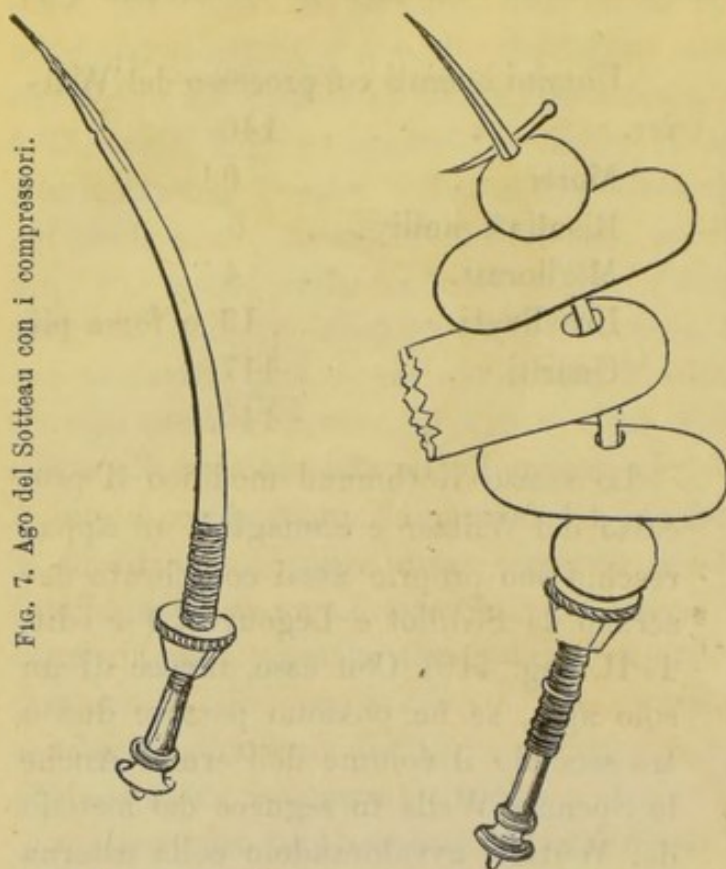
Processo del Sotteau. Anche Sotteau venne in campo con due suoi nuovi istrumenti, destinati a chiudere l'interno orifizio erniario. Uno di essi è fatto da una morsa (fig. 6) di legno, che si può aprire e chiudere col mezzo di una forte vite e di cui una branca, che è quella che entra nel canale inguinale per invaginare le membrane scrotali, ha verso la cima una fessura, e l'altra, che resta di fuori al medesimo livello, ha un foro: passando un ago

(1) *Ueber Radical-Operation beweglicher Leistenbrüche.* Munich 1853.

(2) Cura radicale dell'ernia inguinale riducibile col mezzo di una nuova operazione: casi ed osservazioni relative. *Gazzetta Medica Italiana, Toscana.* Anno 1856, pag. 420.

curvo per il foro della branca esterna, entra necessariamente nella fessura della branca interna. Aperta la morsa, e introdotta nel canale inguinale la branca interna e serrata che sia, per il foro della esterna si fa passare un ago (*fig. 7*) curvo, resistente,

Fig. 7. Ago del Sotteau con i compressori.

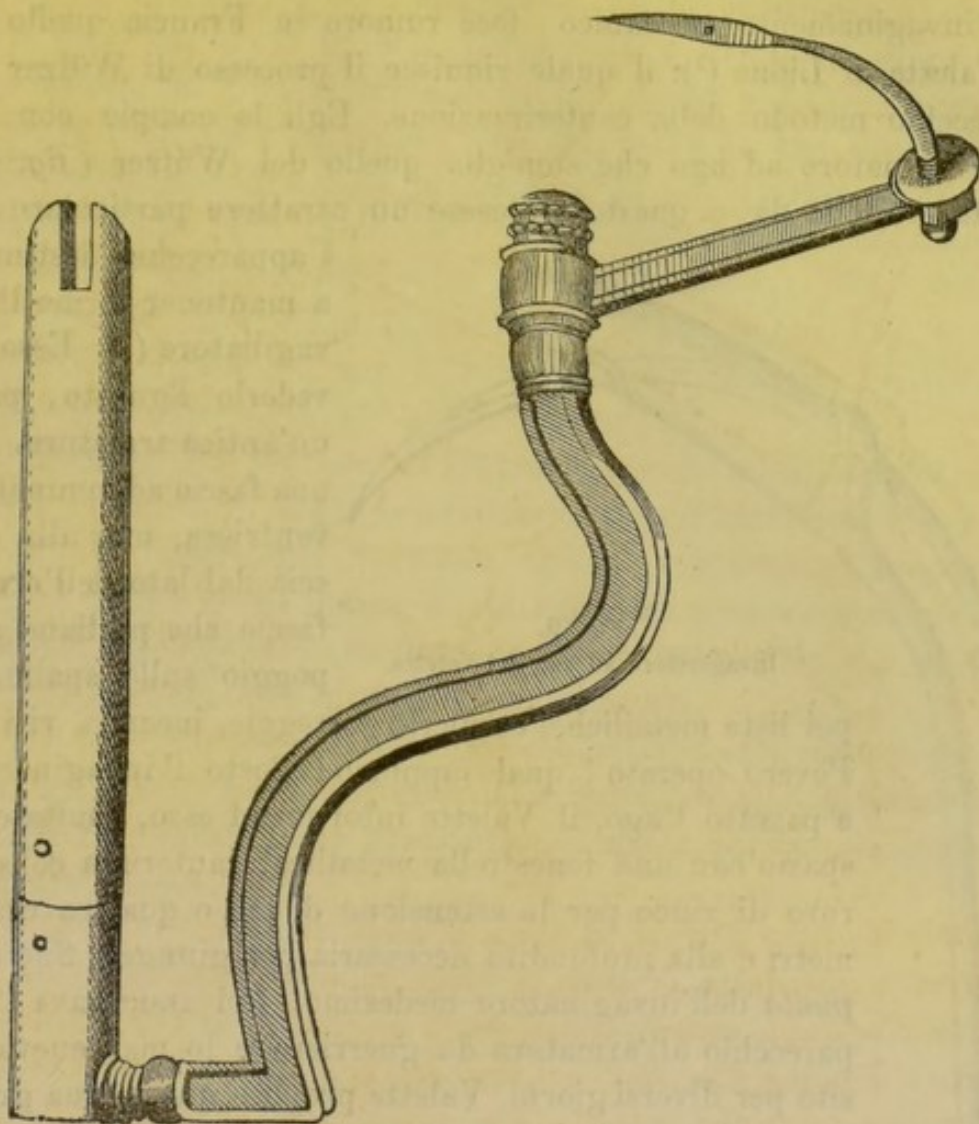


il quale verso la sua punta ha un foro e all'altra estremità un piccolo manubrio, che può a volontà essere svitato o avvitato. L'ago, avendo necessariamente traversato l'interno orifizio dell'ernia, rimane in sito, e si toglie la morsa. Esso fa l'ufficio della sutura del Gerdy o dell'ago di Wützer. Ora affinché quest'ago stringa i tessuti ed ecciti la necessaria flogosi capace di chiudere il

canale e guarir l'ernia, Sotteau si serve di rotoletti di legno di forma e grandezza diversa, i quali pone e infila difuori e di dentro nell'ago, mantenendoli fermi col mezzo di una punta di ferro o di uno spillo posto nel foro dell'ago stesso. Passati alcuni giorni, si tolgono i rotoletti e si sfila l'ago. Qualora la operazione in questo modo compiuta abbia portato i suoi benefici effetti, tolto che siasi l'ago, dovrebbe esser chiuso l'interno orifizio dell'ernia e l'ernioso guarito; al quale, e per lungo tempo, incomberà sempre il dovere di tenere il cinto, onde assicurar meglio la sua guarigione ed esser salvo dal ricadere nel suo vecchio male.

L'altro strumento (*fig. 8*) è fatto da un cilindro di ebano, spaccato a fessura alla sua estremità invaginata, e che dalla opposta parte ha un incastro ove entra un fusto metallico.

FIG. 8. Altro strumento del Sotteau.



Questo s'innalza sù piegandosi ad S e termina a livello della fessura del cilindro. Ivi, gira ad anello sul fusto stesso una lista metallica mobile, che tiene in fondo fisso l'ago descritto di sopra. Introdotto il cilindro nel canale, e su questo incastrato il fusto, facendo girar l'ago, come farebbe l'asta di un giostratore che infila le campanelle, esso passa necessariamente nella fessura del cilindro stesso e l'operazione è compiuta. L'ago resta con i suoi rotoletti di legno infilati e il cilindro è tolto.

Sebbene Sotteau esperimentasse il suo processo sopra alcuni erniosi e ne ottenesse qualche guarigione, pure non ebbe grido, ed ora i più recenti trattatisti di Medicina operatoria, o

non ne parlano, o lo accennano appena. È giustizia, paragonato con quello di Wützer che ebbe tanto felici risultati, e che in parte vi assomiglia!

Processo del Valette. Fra i più recenti processi relativi all'invaginamento meccanico, fece rumore in Francia quello di Valette di Lione ⁽¹⁾: il quale riunisce il processo di Wützer al vecchio metodo della cauterizzazione. Egli lo compie con un invaginatore ad ago che somiglia quello del Wützer (*fig. 9*). Ma ciò che dà a questo processo un carattere particolare, è

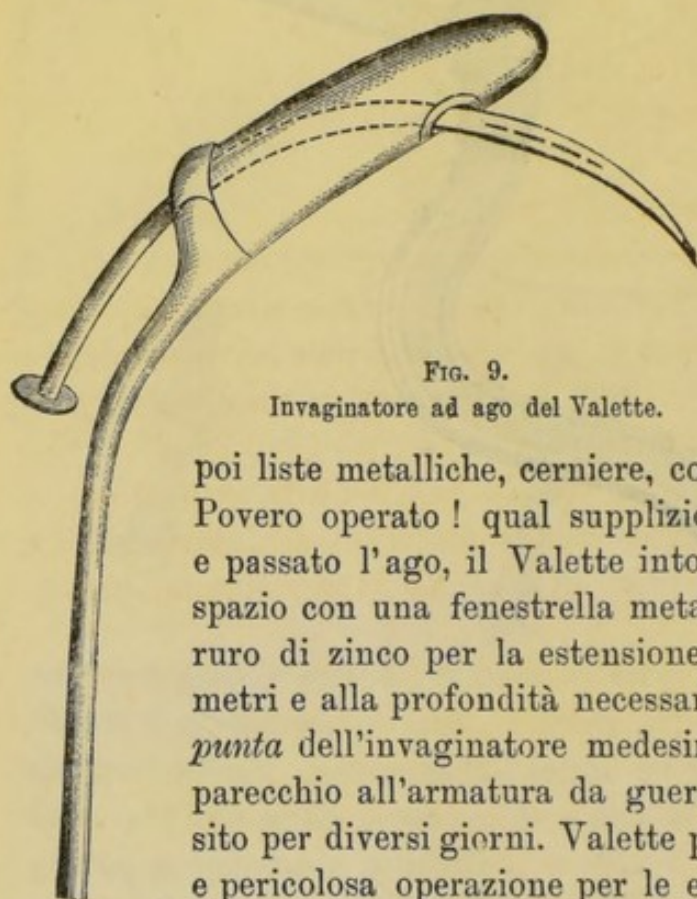


FIG. 9.
Invaginatore ad ago del Valette.

l'apparecchio destinato a mantener fermo l'invaginatore ⁽²⁾. E esso, a vederlo figurato, pare un'antica armatura. Ha una fascia addominale a ventriera, una alla coscia dal lato dell'ernia, fascie che pigliano appoggio sulle spalle, e

poi liste metalliche, cerniere, correggie, incastri, viti ec. Povero operato! qual supplizio! Posto l'invaginatore e passato l'ago, il Valette intorno ad esso, limitato lo spazio con una fenestrella metallica, cauterizza col cloruro di zinco per la estensione di tre o quattro centimetri e alla profondità necessaria per giungere fino alla punta dell'invaginatore medesimo! Poi assicurava l'apparecchio all'armatura da guerriero e lo manteneva in sito per diversi giorni. Valette propose questa sua grave e pericolosa operazione per le ernie scrotali molto voluminose, e che non si mantengono ridotte coi cinti o male si mantengono. Il valore del processo va giudicato dunque sotto questo punto di vista e non per tutte le ernie inguinali sciolte e riducibili, capaci di cura chirurgica. Valette non fu troppo incoraggiato a seguitare in questa pratica dai risultati delle stesse sue operazioni, ed il suo processo restò per ora nella istoria e forse resterà.

⁽¹⁾ *Sur la cure radicale des hernies et d'un nouveau moyen pour l'obtenir.* Mém. lu à l'Académie des Sciences. Paris 10 fev. 1851.

⁽²⁾ *Gazette Médicale de Paris.* An. 1851, n. 20.

Processo del Leroy (d'Étiolles) e del Langenbeck. A questo metodo dell'invaginamento fatto e mantenuto con fusti di legno appartengono pure i processi o per dir meglio l'istrumenti del Leroy (d'Étiolles) e del Langenbeck. Leroy si serviva di una forte pinzetta, le cui branche ravvicinate si toccavano solo alle loro estremità. Una s'introduceva nel canale e l'altra lo premeva di fuori. Si stringevano esse col mezzo di una vite posta oltre le congiuntura delle branche, e la compressione che facevano poteva esser tanto forte da procacciar la mortificazione dei tessuti. Langenbeck invece usava egli pure, e forse usa, una pinzetta, la quale stringendosi col mezzo di una vite, permette di comprimere, non la sola estremità interna, ma tutto intero il canale inguinale e mortificarlo.

Processo del Wattmann. Wattmann preferiva ai noti istrumenti un tappo di sughero adattato a invaginare le membrane scrotali e passare per il canale. Questo tappo aveva un filo doppio, il quale col mezzo di un ago egli passava attraverso il canale, e, sdoppiato che fosse, lo legava sopra un altro tappo pure di sughero alla piegatura dell'inguine.

Di altri metodi e di altri processi relativi alla cura chirurgica dell'ernia sciolta addominale, e quindi di altri tormenti e di altri tormentati terrò proposito, se me lo permettete, nella seguente lezione.

LEZIONE OTTAVA

SEGUITA L'ARGOMENTO STESSO DELLA LEZIONE ANTECEDENTE: *altri metodi ed altri processi relativi alla cura chirurgica dell'ernia sciolta addominale.*

Signori,

Per compiere nel modo il più soddisfacente e per quanto sta in me, il vasto argomento della cura chirurgica dell'ernia sciolta addominale, e particolarmente della inguinale, per la quale si misero in opera tante mai operazioni ingegnose ed ardite, non vi sia grave, se, anche in questa Lezione, vo seguitando a darvi conto di altri metodi e processi che ad essa cura si riferiscono, e dai quali appare sempre più evidente il desiderio, e direi lo sforzo continuo dei chirurghi, per cercar modo di ottenere questa tanto sospirata guarigione.

Into-retroversione

Metodo del Signoroni.— Il Signoroni, che fu Clinico a Padova, e che ebbe meritata fama di esperto chirurgo ed operatore, esagerò si può dire il metodo del Gerdy e ne compose uno, che mise alla prova, e che chiamò della Into-retroversione o *Chilissochisororafia* ⁽¹⁾. Egli, operando l'ernia sciolta inguinale, invaginava col dito indice della sinistra mano, le membrane scrotali fino al fondo del canale, ma qui non si arrestava. Piegando il dito forzatamente ad uncino, introduceva le parti invaginate dal canale inguinale nel canal crurale. Quivi passava un ansa di filo condotta da un ago curvo e le fissava. Poi, e sempre colla guida del dito e fra i due capi dell'ansa, incideva i tessuti fino al

⁽¹⁾ *Sopra la into-retroversione, nuova maniera di operazione radicale dell'ernia inguinale.* — Memoria Teorico-pratica del Professore Bartolommeo Signoroni. Annali Universali di Medicina dell'Omodei. Anno 1839, pag. 65. Vedi anche *Gazette Méd. de Paris*. An. 1839, pag. 583.

punto da giungere nel sacco erniario che aveva trasportato alla region crurale. Ciò fatto, riuniva il sacco stesso alla pelle e ritirava l'ansa. Il Signoroni, detto sempre dai francesi, *Signorini*, aveva mani grandissime e dita in proporzione lunghe; era uomo robusto, quindi con sforzo vigoroso, rompendo e lacerando, poteva dal canale inguinale portare le membrane scrotali nel canal crurale e renderle superficiali per poterle squarciare e compiere la sutura. Ma chi potrebbe imitarlo? Io stesso sul cadavere lo vidi operare in simil guisa e non avrei potuto certamente fare altrettanto. L'operazione, per un ernia che può esser contenuta col cinto, mi parve atto straziante, nè, considerata nei suoi naturali effetti, tale da poterla consigliare e raccomandare. Infatti essa rimase, possiam dire, nelle sue mani, e pochi seguaci suoi la ripeterono.

S e t o n e

Metodo del Mösner. — Questo metodo, che pare si debba a Mösner, è recente, è semplice, è facilissimo, e, per metterlo in opera, non occorrono apparecchi speciali, istrumenti complicati⁽¹⁾. Esso, nelle mani di Rothmund⁽²⁾, su 35 operati, ha dato 29 guarigioni, 1 morto, 1 risultato nullo, 1 recidivato, 2 miglioramenti evidenti. Io ve lo descrivo come è notato dal Nelaton⁽³⁾. « Il primo tempo della operazione consiste nell'invaginare la pelle dello scroto nel canale inguinale. Poi, col mezzo di un ago a dardo portato sul dito fino al fondo delle parti invaginate, l'operatore fora la parete anteriore del canale inguinale. Nell'ago, che è crunato sotto la punta, è posto un filo semplice, e questo, condotto dall'ago, esce sopra la piegatura dell'inguine. L'ago è ritirato col dito e il filo resta nel canale inguinale. La pelle, abbandonata a sè stessa, ricade tosto e ripiglia la sua natural posizione, ma il filo è lasciato come un setone, di cui un capo esce dalla parte media o inferiore dello scroto, l'altro sopra l'arco femorale presso a poco a livello dell'anello inguinale interno. Fra questi due punti estremi, il filo percorre nella densità delle carni un lungo tragitto, e traversa specialmente il canale inguinale per tutta la sua lunghezza. Il setone resta

(1) *Medicinisches Correspondenz.* — Blatt. 1845.

(2) Loc. citato.

(3) *Éléments de Phatologie Chir.* T. IV. pag. 218 Paris. 1857.

per 18 o 20 giorni, avendo cura in questo lasso di tempo di far compressione sul canale inguinale, o con una fasciatura a spica o con un cinto. Tolto il filo, si continua la compressione per alcune settimane. La presenza del filo provoca nell'interno del canale inguinale la secrezione di linfa plastica, la quale a poco a poco riempie l'intero canale, e la compressione seguita per assai tempo, oltre a mantener l'ernia ridotta, dà ai versamenti operativi il tempo di consolidarsi, di organizzarsi, di aderirsi alle interne parti del canale. Questa operazione non è nè difficile nè dolorosa, nè pare esponga a gravi pericoli, giacchè l'infiammazione che si procaccia è in generale poco intensa. Forse questo metodo può riuscire nelle ernie recenti e piccole, e mancare nelle vecchie e voluminose. » Finquì il Nela-ton. Io poi dico, che se il fine di questi metodi operatori tutti per guarir l'ernia sciolta addominale, quello è di risvegliare nel sacco e nel canale erniario una infiammazione poco intensa e capace di addurre dei versamenti plastici, il cui effetto sia quello di chiudere organicamente sacco e canale, parrebbe che il setone, non nelle grandi e voluminose ernie (oscheoceli), ma nelle mediocri e piccole potesse essere tentato con qualche frutto, se meglio non valesse fidare nel cinto, apportatore pur esso di non infrequenti guarigioni e permanenti. Quando pur si dovesse far prova di un metodo operatorio, vorrebbe la prudenza e persuaderebbe la carità, che questo fosse il meno pericoloso, non essendo umano, che un ernioso, che potrebbe vivere col cinto, dovesse morire per una operazione tentata per guarirlo. L'ernia è spesso più un incomodo che una malattia, e molti erniosi si sottopongono e si sottoposero a farsi operare col solo intendimento di esser liberi dal portare il cinto, il quale anzi è sempre raccomandato anche dopo le cure chirurgiche operatorie.

Il Rizzoli ci ha dato un esempio di vera e stabile guarigione di un ernia inguinale ottenuta col setone⁽¹⁾. L'ernia non era vasta e il canale inguinale non molto allargato. Chi la portava era giovane e risolutissimo, pur di guarire, di sottoporsi ad una operazione fosse pure stata ardita e perigliosa. Rizzoli, (egli operò nel 1846), volle attraversar l'ernia con un setone, onde dar luogo con esso a quel lavoro infiammatorio valevole

⁽¹⁾ Opera cit. Vol. II pag. 10.

a chiudere ad essa la via. Posto l'ernioso orizzontale e supino e ridotta l'ernia, il valente Clinico di Bologna, introdusse l'indice della sua mano sinistra nel canale inguinale, spingendo insieme i sovrastanti integumenti, e giunse fino all'orifizio interno dell'ernia. Con un ago curvo, che portava un cordoncino di seta, traversò il fondo dei tessuti invaginati e introflessi e l'ago lo fece uscire all'orlo sinistro del medesimo orifizio. Tolto il cordoncino dalla cruna dell'ago, e ritirato questo, e insieme con esso il dito spinto nel canale, le parti tornarono alla loro naturale apparenza: il setone attraversava il sacco dell'ernia ed il canale inguinale: sull'inguine fu applicata una fasciatura conveniente. Dopo due giorni dalla fatta operazione, il canale stesso era notabilmente indurito; dopo cinque l'indurimento era maggiore e fu tolto il setone: le due aperture all'ottavo dì eran chiuse. L'operato fu ancora tenuto in letto per alcuni giorni, poi fatto alzare, parve guarito ed era, ad onta che disubbidisse dal tenere il cinto consigliatogli. Quel che più monta però è il sapere dallo stesso Prof. Rizzoli, che, avendo riveduto il malato dopo 9 anni, la guarigione si manteneva completa. Il setone guarì l'ernia, e la guarì in brevissimo tempo e senza pericolo e recidiva.

Spogliando libri e giornali molti di Medicina e Chirurgia che corrono oggidì nelle mani di tutti, si trova qua e là la descrizione di metodi e processi nuovi, annunziati col titolo di operazioni per la cura dell'ernia sciolta addominale; i quali a dir vero non sono che narrazioni di casi speciali specialissimi, non veri metodi generali provati e confermati per esempi di molteplici guarigioni. Ne citerò alcuni per non esser prolioso senza evidente utilità, lasciando alla vostra sollecitudine, o Signori, il pigliar notizia di altri. Il desiderio di guarir l'ernia sciolta dell'addome è stato vivo ed operoso in tutti i tempi e in molti chirurghi, ma la farragine di tanti metodi e processi dimostra palesemente che uno di essi non è l'ottimo, e credo che, in confronto dei tanti erniosi, ben pochi siano quelli che ne profittarono e furono posti nel felice caso di gettar via il cinto.

Maisonneuve, per uno che aveva l'ernia inguinale sciolta, ridotta l'ernia e invaginato lo scroto alla maniera del Gerdy portando la punta del dito fin sopra l'orifizio interno dell'ernia, tagliò sull'estremo del dito la parete addominale e tutto fino alla pelle scrotale invaginata, formando così un canale aperto

fra lo scroto e l'addome. La ferita addominale e il ditale introflesso fissò con punti diversi di sutura, e quando questa ferita profonda fu cicatrizzata, chè il malato ebbe la fortuna di ottenere questo beneficio, distaccò, disseccando, la pelle scrotale dall'infundibulo fatto, e, dissecata che l'ebbe, la fece ricader giù e ricompose lo scroto ⁽¹⁾. Il malato volle guarire, e, come doveva essere, fu presentato a segno di lode all'Accademia di Medicina, onde, ciascuno ammirando, vedesse con i suoi propri occhi la singolar guarigione.

Riccardo Egea ci regalò non ha guari di un nuovo processo. Egli invaginò le membrane scrotali con un ditale di legno, il quale nel fondo presentava un foro capace di dar passaggio ad un cordoncino resistente, e al suo orlo marginale due fenditure laterali in direzione trasversa, capaci di ricevere a incastro una sbarretta di acciaio, e ivi pure quattro fori, due a due in faccia. Invaginato lo scroto col dito armato del ditale, e ritirato il dito e lasciando nel canale il ditale, per il foro di esso faceva passare con un ago in asta un capo del cordoncino, attraversando la parete del ventre; l'altro capo lo fermava alla sbarretta di acciaio. Tirando il capo superiore faceva ascendere il ditale più in alto che fosse possibile e lo fermava con punti staccati di sutura, i quali passavano per i fori marginali del ditale stesso. Una fasciatura inguinale, che l'operatore faceva assicurare fino sulle spalle, completava l'atto operatorio. L'apparecchio fu tenuto fino al 5.^o giorno; allora fu tolto il cordoncino o setone, e al 21.^{mo} il ditale. L'operato fu solennemente dichiarato guarito ⁽²⁾:

Vidal (de Cassis), dovendo curare un ernioso che aveva ernia inguinale e varicocele, ridotta l'ernia, passò dietro le vene spermatiche e il colletto del sacco erniario un grosso spillone pieghevole d'argento, e davanti un'altro spillone. Poi girando insieme questi spilli, arrotoì i tessuti come fatto avrebbe per la cura del solo varicocele. Fu detto allora che il malato venne radicalmente guarito del varicocele e dell'ernia, quantunque niun atto operatorio fosse compiuto all'orifizio interno addominale, dal quale l'ernia esce ⁽³⁾.

⁽¹⁾ *Gazette Médicale de Paris* sér. 3.^a T. IX, pag. 355.

⁽²⁾ *El Progreso Medico* 1872. n. 87. — *Imparziale Medico* Anno 1872. n. 19.

⁽³⁾ *Traité de Pathologie Externe* 4. éd. T. IV, pag. 149.

Alcuni anni indietro il chirurgo inglese Chisholm fece noto un suo nuovo processo per guarir l'ernia sciolta dell'inguine, e ciò faceva ravvicinando i pilastri dell'orifizio esterno inguinale e cucendoli col mezzo di una sutura sotto-cutanea. Ora so, che per questa operazione si è reso celebre a Londra e per tutta l'Inghilterra, il chirurgo Wood; il quale, non limitandosi a cucire i pilastri dell'esterno orifizio inguinale sempre colla sutura sotto-cutanea, v'incasta anche, e la cuce, una falda di pelle scrotale. Chiudendo la via all'ernia per l'orifizio esterno, resta aperto l'interno orifizio ed il canale, ed è quindi ragionevole il supporre, che tante saranno le operazioni quante le recidive, o per dir meglio i nuovi avanzamenti della malattia, se non è contenuta da ottimo cinto.

Anche l'Americano Nott ci lasciò, molti anni or sono, la descrizione di una operazione eccezionale ch'ei fece per un malato di ernia inguinale con alterazione gravissima del testicolo del medesimo lato, e per la quale guarì il malato delle due malattie ⁽¹⁾. La sua operazione è quasi una ripetizione del vecchio metodo detto *punto dorato*, e segna la via a quelle più recenti di Chisholm e di Wood. Egli dunque, proponendosi di eseguire la estrazione del testicolo e porre riparo all'ernia, fatta fare che ebbe dal D. Hicklin la semi-castrazione nel modo ordinario, prolungò un po' in alto la incisione per mettere meglio allo scoperto l'anello; poi aprì il sacco erniario di cui asportò una non piccola porzione. Dopo passò un filo di piombo attraverso il pilastro interno dell'anello, due o tre linee in dentro del suo orlo e quattro linee circa sopra il pube, e di là il filo lo fece girare sotto il colletto del sacco erniario fra esso ed il pube, e lo fece uscire attraverso il pilastro esterno, proprio in faccia al punto della sua entrata. Era suo scopo, serrando i due capi, di avvicinare fra loro i due pilastri e comprimere in pari tempo il colletto del sacco. Stretti a nodo li stessi due capi, li attortigliò quanto poteva e quanto permetteva la loro resistenza: la esterna ferita fu riunita con sutura. L'operato ebbe a passare per la via dei pericoli, poi guarì conservando la sua legatura di piombo. Guarì secondo l'annuncio dell'operatore che ne seppe novelle dopo quattro mesi. Ma che

⁽¹⁾ *The American Journal of the Medical Sciences* An. 1847. — Vedi ancora *Gazette Médicale de Paris* An. 1848. pag. 393.

sarà stato di lui dopo otto o dopo dieci, tanto più che la presenza del filo metallico avrà dovuto portare impaccio all'applicazione di un cinto ordinario?

Ora troppo lungo sarebbe, lo ripeto, se io dovessi qui registrare tutte quelle singole operazioni che il caso può avere offerto ai chirurghi di fare per tentare di guarire un ernia sciolta dell'addome, e che io, in parte ho creduto bene lasciare di narrarvele, perchè poco profittevoli ai nostri studi, e perchè, quando vi piaccia, come vi ho avvertiti, le potrete raccogliere dai Trattati magistrali di Chirurgia e Medicina Operatoria, dalle Monografie, dai Giornali Medici ec.

Dopo così lunga serie di metodi e di processi operatori che io vi ho esposto, nel modo che poteva più compendioso, e che i moderni chirurghi hanno immaginato e messo alla prova per guarir l'ernia dell'addome, e più particolarmente la inguinale, che pensare di questi stessi metodi e qual fiducia vi possiamo riporre? Prima vi dirò, che, con le critiche osservazioni che sarò per fare, non intendo certamente di condannare e dar l'ostracismo a qualunque lodevole sforzo che li uomini dell'arte possano aver fatto e possano fare onde cercar di giungere, seppure ne sarà dato, a guarire il fastidioso e dirò anche il pericoloso incomodo dell'ernia; la quale, di sciolta che è, può a un tratto strangolarsi, e non essendo possibile di ridurla, metter l'ernioso nel bisogno di reclamare una delle più delicate e difficili operazioni che abbia la chirurgia, qual'è l'Erniotomia. Forse verrà tempo in cui questi sforzi potranno essere coronati, e lo desidero, e questo male avere la sua cura, come l'ebbero altri che parevano difficilmente curabili, fosse pure con qualche indispensabile sacrificio, e con qualche raro tributo che alla natura bisogna pur sempre pagare. Non muoiono alcuni per flebite successiva al salasso?

Detto ciò, mi permetto di porgere alla vostra mente le seguenti considerazioni, le quali forse, dopo le conosciute statistiche di Rothmund sui metodi di Vützer e di Mösner, vi parranno un po' severe: le lascio volontieri al vostro savio discernimento ed alla vostra meditazione, pregandovi a voler ritenere bene nella memoria questa verità patologica, cioè, che non si può avere permanente e salda guarigione di un ernia, se non quando i suoi orifizi, essenzialmente l'interno, e il suo

canale son chiusi affatto e organicamente per mezzo di robusta cicatrice che ne sbarri la via.

a. 1.^a Considerazione. Li orifizi, dai quali l'ernia passa per manifestarsi fuori, essendo per loro natura fibro-aponevrotici, e dovendosi pur chiudere, principalmente l'interno, onde l'ernia guarisca, poco e male si prestano alla cicatrice; ed anzi, dilatati che siano, o per lo sforzo che fa l'ernia stessa sopra di essi, o per l'atto dello sbrigliamento, quando siasi resa necessaria la Erniotomia, si dà agio e molta proclività all'aumento del tumore ernioso. Non avvi pratico, il quale abbia avuto la opportunità di operare molte ernie strangolate, che non si sia accorto di questo aumento del male dopo lo sbrigliamento fatto, ad onta della intravenuta infiammazione, per il cui mezzo i tessuti incisi hanno molta tendenza a cicatrizzare. Le parti dunque che aprono la via all'ernia, per la loro anatomica qualità, non solo sono poco disposte a riunirsi, ma, allargate che siano, hanno piuttosto tendenza a rimanere larghe e sfiancate, e quindi possono permettere ancora ad una maggior quantità del viscere di uscir fuori. Guarisce talvolta l'ernioso che ebbe la Erniotomia, particolarmente se giovane, con ernia piccola, ed in specie omentale; ma questa è un'eccezione, e può influirvi, oltre la forma dell'ernia e la sua speciale qualità, il modo con cui può esser condotta la operazione. Il caso più frequente, anzi ordinario, è che non guarisca e peggiori sbrigliata una volta che l'ernia sia, appunto, perchè l'interno orifizio in corrispondenza del colletto del sacco erniario, è rimasto, sbrigliando, più aperto. La struttura anatomica fibroso-aponevrotica delle aperture erniarie, non solo non aiuta, ma contraria e ordinariamente impedisce la radical guarigione dell'ernia sciolta o strangolata, e quel foro da cui passa, se dentro non si chiude, permette che fuori ogni parte si distenda e si allarghi.

b. 2.^a Considerazione. L'ernia, formatasi da qualche tempo, e forse anche apparecchiata per disposizioni peculiari dei visceri che escono fuori, non è malattia che sia rappresentata dal tumore ernioso soltanto, distrutto il quale ed anche chiuso l'interno orifizio suo, si possa sperare che il male tutto sia guarito, e sia nell'interno tolta qualunque tendenza ad altra allentagione. Anche i visceri subiscono negli erniosi delle alte-

razioni per allungamento di parti, specialmente alle ripiegature peritoneali che li sostengono, che anche quando l'ernia è guarita, mantengono essi una manifesta propensione alla recidiva. Si direbbe che guarisce l'ernia esterna, ma non l'interna se il tempo lungo non provvede e conferma. E sono prove di ciò, la molta facilità al sensibile ritorno del male, come ha dimostrato Kingdon; il bisogno che sente colui che ne sofferse di porre ostacolo e mantenere ivi col cinto una resistenza affinché non ritorni; la comparsa simultanea di più allentagioni nel medesimo individuo, e veder poi, e non di rado, che, guarita per esempio un ernia inguinale destra, se ne mostra a sinistra una seconda, quasiché l'essere ernioso sia un bisogno di chi sopporta questo malanno. Ed è pure una prova della proclività a mantenersi dell'ernia stessa, l'osservare la grande, anzi grandissima difficoltà che s'incontra a guarirla, sia che si adoperino ingegnosi e studiati artifici di metodi e di processi industriosi, sia respingendola nell'addome con ottimo cinto, onde ridotta continuamente, non si affacci di nuovo di fuori. Se l'arte non giunge, quando che sia, a trionfar delli ostacoli che il male presenta, la natura non aiuta molto a superarli, quando non cooperi ad aumentarli e renderli maggiori. Il rilasciamento, dice benissimo Vidal (loc. cit. pag. 154), non è solo proprio delle parti *continenti*, ma ancora delle *contenute*, sulle quali il chirurgo non può avere azione diretta, onde finora niuna operazione fatta in generale sugli erniosi, ha potuto opporsi con *molta speranza*, *per lungo tempo* ed in un modo *sicuro*, alla riproduzione dell'ernia, siano pur quelle fra queste operazioni che mirano a riempire il canale erniario con un tappo organico, o a chiudere col mezzo di cucitura l'orifizio interno dell'ernia.

c. 3.^a Considerazione. Le statistiche relative alla cura dell'ernia sciolta addominale con l'aiuto di qualche operazione chirurgica, alcune delle quali sono seducenti (quelle citate di Rothmund di Monaco-Baviera), non hanno, a mio giudizio e dei pratici, un valore assoluto e tale quale da esse apparirebbe che avessero. Infatti, se fosse realmente vero, che su 140 operati col processo del Wützer si fossero potute ottenere 117 guarigioni *confermate*, e che col metodo di Mösner su 34 sottoposti alla cura del setone, 29 indubitatamente fossero realmente guariti, chi è che, ad onta di qualche tributo offerto alla morte, non

sarebbe sollecito di correre ad operare li erniosi con l'uno o con l'altro metodo o processo, nel quale chi opera, confortato dalla prova clinica, avesse maggior confidenza? Ma l'osservare, come spesso succede, che un ernioso che pareva guarito *subito* dopo una sofferta operazione, poi torna a patire della medesima ernia, deve mettere in guardia dal pronunziare un assoluto giudizio di ottenute guarigioni. Bisognerebbe, e ciò dico senza permettermi di portare la più lieve ombra di offesa alla moralità degli operatori, che le statistiche delle operazioni chirurgiche per l'ernia sciolta dell'addome venissero eseguite un anno almeno dopo le fatte operazioni, e venisse constatato il vero esempio della guarigione da più chirurghi insieme raccolti; i quali, osservando e facendo tutte le prove ed i necessari esperimenti, dichiarassero allora soltanto le vere guarigioni che si ottennero. Di più aggiungo, per scemar valore ai dati statistici fortunati e che c'incoraggerebbero a correre alle operazioni, che bisogna pur tener conto di quelli che finora furono poco soddisfacenti (Gerdy), o poco numerosi (Valette), o di quelli erniosi infelicissimi che per la operazione, o più presto o più tardi, vennero a mancare per effetto di essa. Quindi ammoniti saviamente dalla esperienza, bisogna accogliere il dubbio della insufficienza delle finora conosciute statistiche felici, e usar prudenza prima di risolversi ad operare appoggiando sulle medesime le nostre indicazioni.

d. 4.^a Considerazione. Non tutte le ernie sciolte possono nè debbono essere sottoposte ad operazione. Chi per esempio, con alcuno dei metodi e processi nuovi, oserebbe operare un'antica ernia voluminosa ed in vecchio soggetto, uno di quelli ernioni malamente riducibili e contenibili, e son molti, che i malati hanno ormai presa l'abitudine di tenere, sia con fasce ventrali, se ombellicali, o con sospensori se inguinali, e che spesso coi cinti, vari per forma e per forza, è impossibile contenere? Chi oserebbe spietatamente operare i piccoli bambini e i giovanetti, e quanti mai sono, quando l'esperienza di secoli tanti ha evidentemente dimostrato che col cinto guariscono e per sempre? Quindi l'individui giovani e quelli che vivono l'età media, che hanno piccole ernie o non molto voluminose e di non vecchia data, possono soli tentare i benefizi di un atto operatorio; il quale non è certo che giovi, o quando pare che abbia giovato

dopo dolori sofferti e passati pericoli, non garantisce che l'operato, più presto o più tardi, non ricada nella medesima malattia. E considerate poi, che molti di coloro che furono sottoposti ad operazioni siffatte, e che avrebbero potuto vivere ajutati dai più convenienti ripari, furono precipitati nel sepolcro per infrenabile infiammazione del peritoneo, di cui il sacco erniario è propagine, per erisipela, per flemmoni, per ascessi iliaci rotti nel gran sacco peritoneale, per febbri d'infezione ec. ec.!

Li erniosi adunque, i quali possono essere sottoposti ad operazioni chirurgiche incerte e pericolose, quando l'operatore per il fanatismo del metodo o del processo ch'egli professa, non voglia far man-bassa sui malati, formano un numero ben limitato delli allentati tutti; ai quali, se fossero medici, domanderei volentieri, se preferissero la operazione al cinto, incomodo e noioso se volete, ma che li lascia vivere ed anche prosperare? Domanderei loro, se un ernia, che non fosse di gran volume, non vecchia, perfettamente riducibile e contenibile col cinto, che sarebbe appunto l'ernia operabile, vorrebbero volentieri fosse sottoposta ad atti operatori, che non danno guarentia ed il cui esito esser potrebbe letale? E son forse poche le ernie, che sarebbero operabili, che pur guariscono col cinto fino all'età media? Son forse pochi li erniosi, che tengono il cinto dalla loro giovinezza, e che si son condotti prosperi e rigogliosi alli anni cadenti della vecchiaja, mariti e padri, e compiendo nella vita tutti li uffici loro? Che sarebbe stato di essi se fossero stati operati? O l'ernia sarebbe probabilissimamente tornata a molestarli, o la morte li avrebbe colti: molti sono i chiamati e pochissimi li eletti.

Dalle quali brevi considerazioni che vi sono andato manifestando, e da ciò che ho esposto in questa e nell'antecedente Lezione, risulta chiaro ed evidente, a me pare, che fino a quando i chirurghi col loro ferace ingegno non avranno trovato un metodo sicuro, e tale che garantisca dei benefici effetti suoi *immediati e consecutivi* della operazione (tolto sempre il caso di circostanze eccezionali che obblighino ad operare), il miglior metodo ed il più efficace e razionale per la cura dell'ernia sciolta addominale, sarà quello della compressione operata col cinto, e col cinto applicato dall'uomo dell'arte con sapere e continua vigilanza.

In questa sentenza scesero pure i più distinti patologi ed

operatori dei tempi nostri. Ne trattò in questo senso il Salvolini ⁽¹⁾ ed il Ranzi, il quale anzi molto saviamente dice ⁽²⁾ « Il problema della cura dell'ernia non è stato ancora risolto. Ci vuole un metodo operatorio che abbia queste due singolari condizioni; 1. che sia efficace; 2. che non comprometta la vita, e ciò ancora non possediamo. Onde possiamo dire, che fino ad ora i molti studi intrapresi col fine di ottenere la cura radicale delle ernie, si riducono solamente a mostrare la difficoltà di sciogliere il problema e il grande acquisto che si farebbe sciogliendolo ».

L'ernia sciolta, sia col cinto, sia con atti operatori, guarisce, quando, all'orifizio interno e poi nel canale e nel sacco, si eccita una infiammazione non troppo violenta nè diffusa al gran sacco del peritoneo, la quale, dando luogo a versamenti plastici, mantenuti nell'addome i visceri protusi, permette la cicatrice dell'orifizio stesso; chiuso il quale, anche il canale ed il sacco per il medesimo processo si chiudono, onde l'ernioso si libera del suo male. Il metodo dell'invaginamento, specialmente quello col processo del Wutzer, ed il setone consigliato dal Mösner, sembrano per ora i più acconci modi per risvegliare quella necessaria infiammazione circoscritta e mite affinchè l'ernia guarisca, e risvegliarla senza far correre al malato i maggiori pericoli e sottoporlo ad atti grandemente dolorosi, dei quali non raccolga il frutto.

⁽¹⁾ Trattamenti consigliati e messi in uso per ottenere la cura radicale dell'ernia sciolta. — *Gaz. Med. — Stati Sardi.*

⁽²⁾ *Gazzetta Med. Italiana* (Toscana). Anno 1856 n. 48. pag. 405. —

LEZIONE NONA

DELLE ERNIE SCIOLTE E IRREDUCIBILI: *loro cause; soverchio volume; aderenze, briglie ec.; ipertrofia dell'omento e sua degenerazione; corpi estranei nell'intestino: provvedimenti chirurgici.*

Signori,

Le ernie tutte e specialmente le addominali, se possono essere sciolte e riducibili completamente in modo da potersi contenere col cinto, e comprendono i casi per numero maggiori, possono pure trovarsi, senza essere strangolate, *irreducibili*, tanto in parte quanto in totalità, da meritare speciali provvedimenti. Le cagioni anatomiche di questa loro irreducibilità possono esser varie e diverse. Può un'ernia dell'addome non rientrare nella sua cavità per il suo gran *volume*, per *adesioni* che i visceri possono aver contratte col sacco o fra loro, o coi visceri vicini, per *ingrossamento, indurimento e stato ipertrofico dello omento, per corpi estranei.*

a. *Volume.* L'ernia (la inguinale e la ombellicale fra tutte) può essere talmente grande e voluminosa, e i tessuti tutti che la compongono siffattamente ingrossati ed ipertrofici, che, appunto per questa sua smisurata grandezza, può riuscire opera vana e pericolosa il tentar di ridurla; vana, perchè la riduzione, con quanto d'arte e d'industria si ponga, non si può compiere stabilmente; pericolosa, perchè compiuta pure che sia, e chiusa fortemente col mezzo della compressione la porta dell'ernia, o il malato non può assolutamente sopportarla fatta che sia

con forti cinti, fasciature ec., o tali sono le molestie, i dolori, i turbamenti che, per questa forzata reintroduzione insorgono nell'addome, che è mestieri farli cessare col lasciar che l'ernia di nuovo discenda e si ricollochi nella morbosa, ma quasi natural sua sede. Queste ernie, diceva benissimo J. L. Petit, hanno perso nell'addome *il loro diritto di domicilio*. Quando un'ernia non è stata mai contenuta col cinto, o male e insufficientemente contenuta (e sono molti i malati che così fanno); quando lasciata a se stessa si aumenta e si distende liberamente, e nei vecchi a dismisura; quando i tessuti tutti che la compongono, compresi i vasi sanguigni, sonosi ingrossati, induriti, e la pelle par cuoio, e un pallone pende visibilmente fra le due coscie; quando l'atto della riduzione, seppure a qualche effetto conduce, turba il malato, ed è il farlo pericoloso, allora l'ernia, qualora non ajutino altri provvedimenti, è irreducibile per la sua straordinaria grandezza, e perchè non si può ricacciare un volume grande di parti alterate in una cavità che da gran tempo più non le contiene, e che è fatta piccola per riceverle. Li stessi erniosi, poco curando e trascurando il loro male, o insufficientemente in principio ponendovi riparo con cinti cenciosi, fasciature, sospensori, ventriere, compensi male adatti, apparecchiavano essi stessi le cagioni della irreducibilità dell'ernia loro, le quali coll'andare del tempo si accrescono e notevolmente si aggravano.

Nel 1841, quando io era Professore di Anatomia Patologica nella Scuola Medico-Chirurgica di Firenze e Direttore del ricco Museo Patologico in S. Maria Nuova, vidi e feci sezionare nelle sale anatomiche il cadavere di un tale, morto per medica malattia, il quale da anni ed anni portava una doppia ernia scrotale inguinale, specialmente a destra, di così immenso volume, che le mie braccia, poste di dietro a ciambella, non avrebbero potuto abbracciarla. Il tumore ernioso scendeva alle ginocchia, e tanto all'inguine si dilatava da parere che si muovesse dai fianchi. Quell'individuo, che doveva di poco oltrepassare li anni cinquanta, era di forte e robusta costituzione e molto pingue: faceva il venditore di agnelli; molte volte lo aveva io stesso veduto ritto al suo banco nel mercato; era un fiorentino spirito bizzarro, faceto e burlone: le feste vestiva da donna, forse per celare la sua ernia, e portava una cresta a lunghissime

code. La pelle dello scroto era di color fosco, grossa che pareva cuoio; vi si vedevano serpeggiare grossissime vene; i vasi spermatici tutti erano sparpagliati sul tumore ernioso, il quale conteneva la più gran parte dei tenui intestini. L'ernia sinistra, che faceva appendice alla destra, era della grandezza di un pugno, ed avrebbe potuto essa, se fosse stata sola, essere contenuta. L'ernioso per quello che io seppi, non si era mai curato e aveva liberamente lasciato crescere il male suo; reggeva e sosteneva con un grembiule il suo smisurato tumore, che pareva una immensa elefantiasi scrotale di quelle di Egitto, e dal quale, tolto il peso e l'ingombro che li procacciava, non aveva mai patita molestia ⁽¹⁾. Chi avrebbe potuto reintrodurre quell'ernia?

Vidi anche in quel tempo una vecchia e grassa fattoressa, di gigantesca mole e statura, la quale da più di 40 anni portava un'ernia ombellicale irreducibile, e che era formata dalla maggior parte dei tenui intestini e forse dal colon trasverso; la quale ernia pareva avesse qua e là prese adesioni col sacco: le intestina si vedevano muovere sotto la pelle dell'addome quasi fossero stati serpi. Anche in questo caso l'ernia, che dava alla donna molto a patire e che minacciava via via di strangolarsi, non poteva nè doveva essere ricacciata nel ventre e bisognò accontentarsi di sostenerla con una ventriera. E discorrendo delle ernie voluminose e irreducibili per il loro stesso volume, ricordo qui la istoria di un'ernia ischiatica descrittaci non ha guari dal chiar. Prof. Marzolo ⁽²⁾ e sulla quale richiamerò poi la vostra attenzione, trattando in particolare di questa ernia dell'ischio; la quale erasi fatta talmente voluminosa da scendere fino al polpaccio della gamba, e la donna che la portava si assideva sul tumore ernioso senza bisogno di altro guanciaie o sgabello. Una imbracatura sosteneva l'ernia quando l'erniosa camminava o stava eretta.

Altro esempio di ernia notevole per il suo immenso volume è quella riferita da Asl. Cooper ⁽³⁾, ed osservata nell'illustre

⁽¹⁾ Di questo stragrande oscheocele lasciai un disegno a colori, che è nella raccolta di disegni del Museo Patologico di S. Maria Nuova.

⁽²⁾ Della Ernìa della scissura ischiatica. Memoria. Padova 1872.

⁽³⁾ *Oeuvres Chirurgicales complètes Traduites par Chassaignac et Richelot.* Edit. de Bruxelles 1837, pag. 180, Obs. 192.

storico Gibbon. Egli da trent'anni portava un'ernia scrotale sinistra, della quale non si era mai lamentato, nè aveva mai cercato di contenere. Nell'estate del 1793 gli si fece dolente e consultò Farguhar e Cline. Il tumore ernioso era di strordinario volume, scendeva fino alle ginocchia ed era larghissimo ove si univa all'addome. Nella sua parte inferiore si raccoglieva liquido; fu fatta una puntura e sgorgò molto siero; l'ernia si complicava coll'idrocele della vaginal propria del testicolo. Dopo 15 giorni fu eseguita una nuova puntura, la quale diè uscita ad alcune libbre di siero celeremente riformatosi e senza chè il tumore sensibilmente scemasse. Passate sei settimane, la pelle dello scroto s'infiammò e minacciò ulcerarsi. Fu fatta nuova puntura, dalla quale venne fuori e sgorgò grande quantità di liquido. Dopo due giorni il malato accusò dolore all'epigastrio, poi per tutto l'addome e nel tumore quando si comprimeva; si fece inquieto e smanioso, perse conoscenza, in brev'ora morì. Nell'autossia fu trovato, che quasi tutti i visceri dell'addome più disposti alli spostamenti, erano calati nell'ernia. L'epiploon tutto e tutto il canale intestinale, meno il duodeno ed il cieco. Il piloro stesso era disceso fino all'orifizio del sacco erniario e l'orifizio era tanto largo da lasciar passare una mano a pugno: tutte le parti spostate erano ingrossate ed infiammate. Il sacco, com'è detto di sopra, scendeva sino alle ginocchia e sovrastava ad un vasto e vecchio idrocele della vaginal propria del testicolo.

Queste ernie voluminosissime dello scroto, le quali potrebbero sminuire consigliando ai malati il riposo, le abluzioni fredde, la dieta ed adattati ripari, rendono poi difficile la emissione dell'urina; la quale, essendo quasi scomparso il membro virile e qualche volta affossandosi esso nel tumore ernioso, cola sullo scroto, lo escoria, lo infiamma, lo dispone alle suppurazioni, a cancrena, e quindi eccita la flogosi del sacco erniario, del peritoneo, delle vene ec. Quali mai ernie sono più di queste per volume irreducibili!

Però, quando il male non ha preso tanta smisurata e mostruosa grandezza da permettere che i visceri mobili dell'addome, non solo discendano, ma abbiano la loro più natural sede nel sacco erniario; quando il male stesso non è giunto a tale da doverlo quasi abbandonare a se medesimo, l'arte può in qualche

modo provvedere al bisogno, e, quando altre cagioni contrarie non s'intromettano, può, e non raramente, pervenire a riporre nel ventre un'ernia, che, e per la sua antichità e per il suo gran volume, sarebbe sembrata a prima vista irreducibile, e di più giungere a mantenerla ridotta, se non, per evento singolarissimo, guarirla (Malgaigne). Infatti Arnaud ⁽¹⁾, seguendo il consiglio dato pure da' più antichi scrittori di questa malattia, potè giungere, col mezzo del riposo e della posizione supina ed orizzontale nel letto, della dieta severa, delle purghe e dei salassi ripetuti, delle fregagioni mercuriali ec., non che del cinto elastico col cuscino cavo a cucchiaino, a vedere ridursi e rientrare delle ernie, le quali, a osservarle, si sarebbero dichiarate irreducibili. Però pochi sono i malati, i quali, non avendo altro male che quello dell'ernia, hanno la pazienza, il coraggio, la opportunità, di sottomettersi a questa cura, d'altronde incerta ed anche pericolosa per le sue conseguenze. Molti invece, che ebbero siffatte ernie singolari per enorme volume e lasciate libere a loro stesse senza che mai fossero state ridotte e mantenute nel ventre, obbligati a porsi in letto per altre malattie, ed a starvi per settimane e per mesi, videro e sentirono rientrare la loro ernia, ed alcuni furono tanto fortunati da guarirne. Autori degni di fede lo attestano. Io pure, quando, molti anni or sono, aveva servizio chirurgico nell' Arcispedale di S. Maria Nuova (1837) ebbi in cura un vecchietto gajo sempre e rubizzo, il quale, per una caduta sul fianco ebbe a patire della frattura del collo del femore destro. Esso portava pure un vasto oscheocele sinistro che non aveva cercato mai di ridurre e molto meno di contenere. Costretto come fu a starsene in letto per alcuni mesi, l'ernia a poco a poco rientrò, ed anche quando tossiva poco si mostrava. Rassetato alla meglio, e come la natura suole il suo osso rotto, e messosi sulle gruccioni, l'ernia usciva appena, lo scroto aveva quasi ripreso il suo volume normale, ed un cinto elastico assicurò il convalescente dal pericolo della sua ernia. E fu appunto per questi fatti e per altri tanti che son registrati nei libri vecchi di Chirurgia, che l'Havin, per guarir l'ernia sciolta voluminosa, raccomandava essenzialmente il riposo

⁽¹⁾ *Mémoires de Chirurgie T. II, Sect. II, Observ. VII, sur une éventration prodigieuse réduite dans le ventre.*

e l'uso permanente del cinto, e questo metodo di cura che è antico (Pareo) prese nome da lui nè l'esperienza gli fu contraria ⁽¹⁾.

Malgaigne nelle sue Lezioni sulle ernie ⁽²⁾, discorrendo di quelle fra esse, che, per il loro volume, si son fatte e si fanno irreducibili, dà dei savi precetti; i quali, potendo essere utili a voi, egregi giovani, ed ai pratici, mi studierò di ricordare. E tanto più volentieri questo farò, in quanto che l'insegnamenti del valente patologo e chirurgo, non portano a quella severità di cura difesa e raccomandata dall'Arnaud. « Ciò che mi è sembrato grandemente utile per queste ernie voluminose, scrive Malgaigne, è il decubito dorsale, ajutato dalla dieta e dalla compressione; i purgativi possono un po' sgravare il ventre, ma non vi ho molta confidenza. Quando mi vengono malati con un'ernia che da 15, 20, 30 anni non è rientrata, mi accade sovente di vedere che l'ernia forma una massa molliccia, nella quale nulla si riconosce; in certi punti havvi fluttuazione, in altri edema; tutto a capo di due o tre giorni sparisce col riposo nel letto, e l'ernia appare manifesta. Ecco quello che io fo; pongo sul tumore delle compresse umide: la irrigazione fredda esercita, si è detto da molti, una azione astringente, ma io non credo a quest'azione; pongo delle compresse umide, perchè le secche e asciutte facilmente si tolgono di sù la parte, e perchè il malato, facendo pigliare una soluzione qualunque dal farmacista, è contento e sicuro che il curante si occupa di lui. Sulle compresse tenute umide sempre, metto una fasciatura che si estenda al bacino. Questo fo il primo e secondo giorno, raccomandando la più assoluta dieta: il terzo, tutte le parti essendo in rilasciamento, tolgo la fasciatura ed esamino l'ernia, e qualora vegga ch'essa siasi *dimagrata*, tento di farla rientrare, e non riuscendovi, riapplico la fasciatura e la tengo sospesa coll'aiuto di un fazzoletto allacciato ad una cintura. Tutti i giorni o ogni due giorni comprimo l'ernia per tentare di farla rientrare. Ma fino a qual punto si debbono spingere questi tentativi di riduzione? ecco

(1) *Essai sur la théorie des hernies, de leur étrag. et leur cure.* Paris 1822.
Jour. univ. des Sciences Médicales 1822, T. XXVII. pag. 64 et 334.

(2) Loc. cit. Leç. XIV. pag. 474.

un punto molto difficile e delicato. Quando io sento che sotto le dita qualche cosa cede, e quasi son convinto, che premendo di più l'ernia può rientrare, essendo al secondo o al terzo giorno di prova, mi arresto, perchè penso che sarebbe cosa troppo pericolosa fare rientrare un'ernia, che da lungo tempo non abita più nella cavità addominale, memore specialmente del fatto ricordato da J. L. Petit, di un epiplocele rientrato a un tratto e che cagionò una mortale peritonitide. Mi arresto pure quando il taxis riesce doloroso, nè adopro cloriformio, onde essere in grado di poter misurare le intensità del dolore che il malato prova, dato che non sia di una tempra così delicata e riluttante, come alcuni si trovano, che, al solo tocco della mano, si risentono e gridano, e che è una miseria il dover curare. Quando le compressioni fatte non hanno risvegliato nel tumore ernioso il più lieve segno di flogosi da meritare speciali compensi ammollienti e sedativi, seguito giorno per giorno li atti di riduzione, finchè avviene in un momento che l'ernia vi scappa ed è rientrata e il cinto la mantiene». Nè bisogna lasciarsi vincere dalla impazienza; occorrono giorni e giorni (15, 20, 30) prima di raggiungere il fine, e chi va piano, va sano. Non è buono nè il precipitare, nè lasciare il campo scoraggiati. Sovente chi la dura, la vince. Quando l'ernia non rientra completamente, fa d'uopo munire l'ernioso, quando si può, di un cinto cavo, o di un sospensorio compressivo fatto da artista capace, e attendere. La riduzione può farsi da se e col tempo. Il metodo proposto dal Malgaigne per riporre queste ernie voluminose, è savio, prudente, efficace. Esso adopra la posizione dorsale permanente, la dieta e la purga nei primi giorni, poi il taxis graduato, sperimentale, a sentita, cercando che l'ernia non rientri troppo presto, nè quando si è fatta dolente e dà segni d'infiammazione. Non so perchè egli rifiuti l'uso dell'acqua fredda per abluzioni, quando è noto a tutti, che la sua azione si spiega evidente sullo scroto e sul cremastere contraendoli, ed è appunto l'ernia inguinale esterna, quella che negli uomini si fa poi straordinariamente voluminosa. Un secchio d'acqua fredda gettato sopra un'ernia strangolata, la fece subito rientrare (Petit), e, per vincere taluni strangolamenti erniari, troviamo non di rado utili le posche fredde ed il ghiaccio. Le fasce elastiche, che

sono state ora raccomandate per certi strangolamenti erniari, potranno ancora essere adoperate per curare le ernie voluminose, che appunto per il loro stesso volume divengono irreducibili.

b. Aderenze. L'ernia addominale, quale essa sia, può farsi irreducibile per aderenze ch'essa può aver contratto, sia col sacco, sia coi visceri erniosi fra loro stessi, sia con i visceri prossimi coi quali si trova in contatto, com'è per esempio dell'ernia inguinale congenita maschile, la quale essendo raccolta nella vaginal propria del testicolo, può con esso aderirsi e trascinarlo quanto può nei suoi movimenti di ascensione e discesa. E queste aderenze, che formano più o meno impedimento alla completa riduzione dell'ernia, non sono già le recenti e fresche, le molli, le amorse e gelatinose, fibrillari e stratificate, che sempre si possono facilmente sciogliere, e delle quali ragiona tanto sapientemente il sommo Scarpa nelle sue Memorie sulle Ernie, che son frutto di acuta flogosi, e che noi spesso troviamo nell'atto della Erniotomia in ernia strangolata ed infiammata; sono bensì le aderenze vecchie, fibro-cellulari, organizzate, trasformazioni certo delle prime, e che, ora pigliando forma di briglie, di corde, di nastro, di falde membranose più o meno lunghe e tese, ora unendo e saldando i due foglietti sierosi fra loro, il viscerale ed il parietale o il viscerale soltanto, in modo che non sia più possibile il loro mutuo distacco, sono quelle appunto che impediscono all'ernia di ricondursi libera nella cavità dell'addome. E tali aderenze possono vincolarla in più e diversi modi, talora molto singolari, senza chè di esse se ne possano in antecedenza stabilire la forma e la sede per segni loro propri e speciali. Quando in un'ernia inguinale congenita si vede il testicolo venire all'anello esterno allorchè l'ernia rientra, e sempre calar giù con essa, se esce; e quando il cinto elastico, o preme sull'ernia, o preme sul testicolo, e senza forte dolore e pericolo non può esser portato dall'ernioso, può esser ragionevole il sospetto dell'adesione del viscere col testicolo stesso, e tanto più poi se l'ernia mostra di essere epiploica o entero-epiploica. Le ernie piccole e recenti possono essere adese, ma ordinariamente sono le antiche e quelle che contano alcuni anni, qualunque sia il loro volume, quelle che a tempo a tempo furono dal cinto o da altre cagioni

irritate in modo circoscritto, o che furono innanzi operate colla Erniotomia, quelle che mostrano tali aderenze ed imbrigliature. Di tutti i visceri, l'omento, che è così vascoloso e libero e frastagliato, è quello che in più special modo dà presa alle medesime; quindi, di tutte le ernie, quelle dell'omento o le entero-omentali, sono più di sovente adese. Questo dimostra l'anatomia patologica e la esperienza della Erniotomia.

Però un'ernia può presentare la complicità dell'aderenza e tuttavia essere completamente riducibile da permettere non solo l'applicazione del cinto, ma appunto, per l'aderenza stessa, dare una remota speranza di radical guarigione. Tale a modo d'esempio sarebbe il caso di una lunga briglia che legasse il viscere al colletto del sacco e all'orifizio interno del canale erniario; la riposizione è possibile e l'ernia può essere mantenuta ridotta col cinto. Supponete che una briglia a corda aderisca l'omento nel fondo proprio del sacco erniario, e che questa briglia sia assai lunga, molto lunga com'io ne vidi, e che l'ernia sia semplicemente omentale o anche entero-epiploica e che l'intestino sia libero. Or bene in questo caso, atteso la lunghezza della briglia medesima, si può fare, non solo la reintroduzione dell'ernia, ma anche dell'intero sacco rovesciandolo, il quale allora si volge di fuori colla sua lamina sierosa. L'interna cavità può poi chiudersi, o per mutua adesione, o per adunamento di grasso, e l'ernioso guarire, e guarire coll'inversione del sacco, il quale fa l'ufficio di tampone organico. I metodi e processi per invaginamento, che pure han dato parecchie guarigioni, conducono al medesimo fine. J. Cloquet ha fatto già da gran tempo delli studi importanti su questi particolari modi di riduzione delle ernie adese e intorno alla possibilità della guarigione loro; la quale, per trasformazione fibrosa, grassosa ec., si compie tutta all'orifizio interno del colletto erniario ⁽¹⁾.

L'ernia irriducibile per aderenze, non potendo in generale essere contenuta coi cinti ordinari, e dovendo pur essere contenuta, si giova dei cinti a cuscinetto cavo, adattandoli alla forma ed alla grandezza sua, qualora il notevol volume non costringa a valersi di un sospensorio.

⁽¹⁾ *Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales*, Paris 1819.

Ma se l'ernia si è fatta irreducibile per cagione delle aderenze, perchè il chirurgo, aprendo e sbrigliando, non si studia di scioglierle? Perchè lascia l'ernioso a se stesso e non viene in di lui ajuto col soccorso dell'arte sua? Se dal bassoventre si tolgono le ovaje idropiche, perchè non si potranno rendere sciolte le ernie adese? Non deve muovere a pietà lo stato misero del povero ernioso, colla sua ernia fuori, mal contenuta, o malamente compressa, esposto alle esterne violenze che gli possono cagionare contusioni e rotture da farlo morire, e che, se è omentale, gli tira giù lo stomaco, e, se intestinale gli provoca dolori colici, flatulenze, difficili e stentate digestioni, e poi lo rendono inerte, svogliato, pauroso, incapace di attendere ai propri affari? Signori miei dal detto al fatto vi è un gran tratto.

I chirurghi non furono lenti a proporre ed eseguire operazioni che avessero per scopo lo scioglimento delle avvenute adesioni, per le quali un'ernia erasi resa irreducibile. Se ne trovauo parecchie qua e là registrate e descritte nei libri di Chirurgia, ma i loro risultati veramente non danno animo a ripeterle, tante furono le disgrazie, che, per le loro conseguenze, si procacciarono. Arnaud ⁽¹⁾ che ne eseguì parecchie non invoglia certo ad imitarlo. Infatti, chi in generale assicura che un'ernia è irreducibile veramente per avvenute aderenze? E dato pure che queste aderenze possano essere sospettate e con qualche ragione diagnosticate, *ove* sono? *come* sono? E quando fossero carnose e per salda ed estesa cicatrice delle membrane fra loro, qual mano chirurgica le potrebbe sciogliere? Ma ciò non basta. Aperto pure che sia il sacco erniario, come si farebbe per la Erniotomia, e trovate (lo voglio concedere) le aderenze, e voglio ammettere che siano sciolte dall'operatore, o col taglio di una o più briglie, o con una lunga delicata paziente dissezione, non bisogna poi riporre nel ventre l'omento o l'intestino di fresco operato e sanguinante? E chi non sa che ciò dispone l'infermo alle gravi e violenti peritonitidi infrenabili, e per le quali parecchi operati per siffatta cagione persero miseramente la vita? Di più, furon pochi quelli, ai quali, aperto il sacco erniario e ritrovate pur le aderenze, queste

(¹) Oper. cit.

vennero giudicate insolubili dal chirurgo, onde i poveri erniosi corsero tutti i pericoli della operazione, seppure li superarono, e non ottennero alcun beneficio? Facendo la Erniotomia per ernia strangolata quante volte non si trova l'intestino adeso per esteso tratto al sacco, senza poterlo da esso distaccare, onde, fatto lo strigliamento, non è possibile poi la reintroduzione del viscere e bisogna lasciarlo lì per non far di peggio? Io dunque, avvalorato dal giudizio dai pratici più sperimentati nell'arte, sia per la ignoranza in cui spesso siamo del vero *luogo* delle aderenze, e del loro *modo* speciale con cui sono avvenute, non solo non consiglierei *in generale* questa operazione, ma francamente la condannerei. Però ho detto *in generale*, perchè non posso disconoscere, che in alcuni particolari casi in cui una briglia sia sensibile al tatto nel sacco, casi lasciati sempre alla sagacia di chi li osserva, alcuni chirurghi arditi, pieni di dottrina, di carità e di senno, non abbiano potuto col loro ardimento e colle loro operazioni, apportare il più grande dei benefici a dei miseri erniosi, che, con l'ernia adesa, conducevano disperata la vita. Mi basti il citarne qui due ad esempio; quello dello Schmuker ⁽¹⁾ che operò di un'ernia adesa il sommo medico Zimmermann, e del quale rese conto il Meckel ⁽²⁾, ed uno raccontato dal mio ottimo amico Prof. Rizzoli di Bologna ⁽³⁾, al quale l'ardire congiunto al sapere, alla prudenza ed alla esperienza vera, procacciarono tanta meritata fama.

Giorgio Zimmermann portava un'ernia inguinale omentale già da gran tempo, la quale, nè poteva abbandonarsi a sè stessa senza che un'ansa d'intestino le venisse dietro e minacciasse di strangolarsi, nè poteva ridursi, che il testicolo non salisse all'anello, impedisse la stessa riduzione e quindi l'applicazione del cinto; il quale, ad onta che fosse cavo, era intollerato e cagionava atroce dolore. Una briglia, che di fuori si sentiva, legava l'omento al testicolo stesso. Bisognò scioglierla con una operazione: era un'assoluta necessità per dar vita a quell'infelice, e Schmuker la sciolse. L'atto operatorio, che pareva dovesse esser breve fu lungo, difficile, doloroso. Zim-

⁽¹⁾ *Vermischt Schriften* b. 2.

⁽²⁾ *De morbo hernioso congenito singulari* ec. Berol. 1772.

⁽³⁾ *Oper. cit.* T. II, pag. 12. vedi anche *Raccoglitore Medico* di Fano, an. 1853.

mermann corse pericolo di perder la vita, e fu salvo per miracolo dopo molto soffrire. Eppure in questo caso, chi non avrebbe operato e dovuto operare?

L'altro esempio che mi offre il Rizzoli è questo: Un giovane di 21 anno, di buona costituzione di corpo, a 15 anni contrasse una blenorragia a cui tenne dietro una leggera orchitide destra, la quale, risoluta, lasciò all'inguine e nello scroto una tumefazione molle, pastosa, ondeggiante quà e là, indolente, e che cuopriva e nascondeva il testicolo ammalato. Però, non cagionandogli essa molestia, potè il giovane darsi senza patimenti a disastrose fatiche ed a lunghi viaggi. Essendo egli in Grecia nel 1849, e facendo nel mare un bagno freddo, fu preso a un tratto da un forte dolore allo stomaco, da nausea ec., la tumescenza scrotale era scomparsa e solo ricomparve al cessare di quei fenomeni dolorosi e molesti. Per altre due volte ebbe, e sempre nel mare quando l'acqua era fredda, simili assalti, durante i quali il tumore scemò di volume, ma non scomparve affatto. Poi per alcuni mesi la salute gli fu compagna. Nel 1850, trovandosi in Ozimo, osservò, che se si poneva in letto nella posizione orizzontale sollevando il bacino, la tumescenza dello scroto ascendeva verso l'inguine, risvegliandosi tosto il mal di stomaco e forti dolori all'ipocondri; mettendosi in piedi, e nel camminare favorendo che il tumore discendesse, le molestie si calmavano. Questi accessi del male si ripeterono più e più volte, più o meno intensi e minacciosi e giunsero a tal punto, che il malato non potè più coricarsi in letto senza pericolo. I medici che in quel paese lo visitarono, ignari prima del tumore scrotale, lo curarono per nevropatia; quando ne furono informati, chi diagnosticò un'ernia e chi un idrocele. Quando lo visitò il Prof. Rizzoli trovò, che la metà destra dello scroto era quasi totalmente ripiena da un tumore della grandezza di un pugno, fatto a pera, di cui il grosso posava nel fondo dello scroto stesso, e il peduncolo o gambo si portava in alto seguendo la direzione e il corso del cordone spermatico ed insinuandosi nel canale inguinale. La pelle era sana; palpando il tumore e facendovi delle pressioni laterali, sentivasi quasi tutto molle con qualche indizio di profonda fluttuazione; era indolente. Fatte prove per reintrodurlo e respingerlo a forza nel canale inguinale e nell'addome, ren-

dendosi allora sensibile il testicolo, cedeva alquanto, poi si arrestava immobile, e seguitando a premere, si eccitavano le solite intollerabili sofferenze, le quali sempre cessavano quando il malato s'alzava in piedi e faceva sforzo per ricacciare in basso il tumore. Il Rizzoli, fatto anche più scrupoloso esame, e dopo savie considerazioni per distinguere le diverse forme di tumore scrotale, e vedere quale potesse essere quella che gli cadeva di osservare, dichiarò, trattarsi molto probabilmente in questo caso di ernia omentale inguinale congenita, con omento ipertrofico adeso e complicato da idrocele. E questo fu il suo dotto parere, non solo per i segni che presentava il male e la storia di esso, ma ancora perchè egli aveva osservato altri due infermi che a questo molto si assomigliavano. Il valente Clinico di Bologna consigliò la Erniotomia, colla quale si proponeva di guarir l'idrocele, e, o di riporre nel ventre l'omento, sciolte che fossero le sue adesioni, o, non potendo ciò fare, esciderlo per poi dar modo ad applicare il ciuto. Accettata la proposta, ecco come fu eseguita la operazione. Posto l'infermo supino, colle cosce piegate e col tronco inclinato in avanti, l'operatore prese con la sna mano sinistra l'estremità superiore del tumore in modo da tendere la pelle, mentre un assistente ne abbracciava l'estremità inferiore, onde renderlo più protuberante: fatto ciò, col bisturino convesso ed a mano sospesa, divise la pelle, dirigendo la incisione longitudinale e parallela al gran diametro del tumore, essa la prolungò per circa tre pollici, incominciandola in corrispondenza della apertura inguinale inferiore: in seguito e in egual modo incise il dartos, la tunica fibrosa, il cremastere, la vaginale comune data dalla fascia trasversa di Astley Cooper, incisa la quale, vide trasparire la massa epiploica attraverso una finissima membrana, che a prima vista riconobbe per membrana sierosa; la quale, aperta che fu, immediatamente insinuossi fra i labbri della ferita l'omento; il quale, dopo aver dilatata la ferita nei suoi angoli superiore e inferiore, cautamente estrasse, lo dispiegò onde assicurarsi dell'assenza di anse intestinali, dando contemporaneamente esito a circa once due di umore sieroso che trevavasi raccolto in quella cavità, e che verificò esser quella della vaginale per la presenza del testicolo: introdusse quindi il suo dito nel canale inguinale, mediante il quale potè constatare *forti ade-*

renze dell'omento nella sua parte anteriore: tale preveduta circostanza, unita alla sua ipertrofia, impedendogli di poterlo introdurre nell'addome, lo costrinse ad esciderlo nell'interno di detto canale, previa la precedente ampia incisione del suo orifizio inferiore e corrispondente parete anteriore, allacciando quindi separatamente i vasi che davano sangue arterioso. Introdusse poi uno stuello di fila nel canale inguinale, non che altre fila nel sacco erniario, il tutto sostenendo con adattate compresse e fasciatura leggermente compressiva.

La diagnosi del Prof. Rizzoli venne pienamente confermata dall'atto operatorio, dopo il quale il malato passò giorni di dolore e di pericolo. La ferita tutta passò a cancrena, gonfiò il testicolo; nella parte superiore del sacco si formò un ascesso flemmonoso che si aperse spontaneo; si accese febbre gagliarda che rimise talvolta con prolungati brividi di freddo, finalmente, aiutato quel fortunato giovane dalla natura benefica e dall'arte intelligente ed operosa, potè toccare la guarigione, non più dolersi, ed esser liberato dell'ernia. Fu, per tutela e per assicurare col tempo la guarigione stessa, applicato un cinto a molla che fu benissimo tollerato.

c. Ipertrofia e alterazioni diverse dell'omento. Quando l'omento è uscito dal ventre ed ha formato ernia quale che sia, congiunta pure all'intestino; e quando questa, o non fu mai ridotta, o mal ridotta nè mantenuta riposta col cinto, l'omento stesso in generale non conserva la sua mollezza e la sue facile riducibilità. Sfregato continuamente secondo la sede dell'ernia, soggetto a irritazioni, che a volta a volta vi si manifestano, gonfia, indura, s'ipertrofizza, divien globoso, nodoso, e, non solo non può più ripassare dall'apertura da cui venne fuori, ma facilmente si aderisce al sacco, manda qua e là delle propagini libere o adese, e va pur soggetto a delle alterazioni speciali e diverse, che lo ingrossano sempre più, quali sarebbero la degenerazione fibrosa dura, cartilaginea, cretacea, ossea, cistica ec., seppure in esso non pullulano veri tumori di varia indole e natura anche maligna. Queste degenerazioni e queste nuove produzioni omentali, rendono l'ernia assolutamente irreducibile. E quando la sia prodotta dal solo omento alterato, o, prendendovi parte l'intestino, questo sia compiutamente riducibile, nè giovi il cinto elastico col com-

pressore cavo, nè quello che talvolta si suole adoperare per l'ernia inguinale congenita quando il testicolo non è ancor disceso nello scroto, e della quale parlerò trattando in particolare di detta ernia, allora sta al savio chirurgo il considerare e lo stabilire, se, per questa ernia omentale irreducibile affatto per le sue speciali alterazioni, possa convenire un atto operatorio, il cui scopo debba esser quello, aperto che sia il sacco erniario, di toglier via l'omento irreducibile e guasto, e dar poi luogo all'applicazione del cinto, non senza speranza di veder poi l'ernioso guarito interamente del suo male. Io, molti anni or sono, feci questa operazione e me ne lodai. Ma siccome li elementi della indicazione ad operare possono essere tutti particolari, e possono desumersi, piuttostochè da regole generali, dalla osservazione dei casi speciali, per questo appunto lascio il giudizio della convenienza di operare o non operare, alla prudenza ed esperienza del chirurgo. Dato che l'ernia sia solamente omentale, e che l'omento per il peso o per le irritazioni ricorrenti cagioni gravi molestie, e via via cresca nel suo volume e si alteri di più, e impedisca all'ernioso di tenere il cinto o altro riparo, io sarei per consigliare l'atto operatorio quale rimedio più conveniente.

Molti casi li scrittori ricordano di operazioni siffatte e con esito fortunato.

d. Corpi estranei in un'ernia intestinale per i quali essa si rende irreducibile. Qualunque corpo estraneo voluminoso, pungente ec., il quale, inghiottito e mandato giù, debba passare per la matassa intestinale, può arrestarsi in un'ernia dell'intestino e renderla irreducibile. Li stessi ascaridi lombricoidi agglomerati, le scibale indurite, i nuoccioli delle frutta ec., possono condurre al medesimo effetto. A. Cooper ⁽¹⁾ narra di un bambino di 13 anni, il quale avendo inghiottito un ago ed avendo un'ernia scrotale irreducibile, l'ago forò l'ernia; fu tolto, ma l'ernia rimase con una fistola stercoracea, che non guarì con alcun compenso. Anche i lombrichi raccolti in un'ernia, han cagionato talvolta ulcerazione e foratura dell'intestino, ascessi sottocutanei ec., e son venuti fuori dal tumore ernioso, rendendo l'ernia infiammata, adesa, quindi affatto irreducibile.

(¹) Opera cit. Osserv. 191.

Lungo sarebbe e senza gran frutto, enumerare i casi molti notati e descritti dalli scrittori, di corpi estranei rimasti imprigionati in un'ernia, impedendo a questa di ridursi nell'addome. Anche per queste ernie il cinto col cuscinetto cavo può essere il solo mezzo di contenerle, quando pur sia tollerato, e quando, atteso la qualità del corpo estraneo, non sia imposta dal caso la necessità di aprir l'intestino e toglierlo onde evitare danni maggiori.

Queste le ragioni per cui un'ernia può farsi irreducibile, ed i modi di rimediarvi.

LEZIONE DECIMA

ERNIE STRANGOLATE: *vari modi di riduzione o Taxis: dilatazione dei grossi intestini col mezzo dell'aria spinta dal retto, estrazione dei gas dalla medesima via, ghiaccio, gran coppa ventrale, elettro-puntura, puntura semplice ed aspiratrice, compressione elastica sul tumore e pressione sul ventre, taxis incruento premendo colla mano il tumore ernioso.*

Signori,

Quando un ernia addominale, sciolta riducibile o irriducibile che sia, si strangola, e per questo strangolamento, che spesso suol'esser violento e pronto, si è interrotto, come ordinariamente avviene, il circolo delle materie intestinali, e son nati disturbi dei visceri addominali gravi, dolorosi, strazianti e tali da mettere l'ernioso nel pericolo di perdere la vita per questa stessa complicità del male, bisogna allora che il chirurgo tolga in qualunque siasi modo questo strangolamento e riduca l'ernia nelle condizioni nelle quali innanzi si trovava, seppure in qualche raro caso egli non riesca, col provvedere ad allontanare il pericolo che minaccia, a migliorarla o guarirla senza atti operatorj. Vari sono i compensi e li ajuti terapeutici che l'arte consiglia e raccomanda in questi urgenti ed estremi bisogni dell'infermi, ed il chirurgo non sarà mai abbastanza pronto a procacciarli, nè dovrà ristarsi dal metterli in opera prudentemente ed arditamente, finchè non abbia ottenuto il benefico fine che si propone, di sciogliere cioè il formatosi nodo che lega e stringe l'ernia incarcerata. L'atto operatorio complesso che conduce alla riduzione di quest'ernia strangolata, e che si adopera pure per riporre nel ventre le ernie sciolte, dicesi *Taxis* dal greco verbo τάσσω, come già indicai, che vuol dire, *mettere in ordine, accomodare* ec. Esso può compiersi, o coll'usare miti compensi all'uopo opportuni e convenienti (taxis incruento), o

coll'ajuto di una grave e difficile operazione detta *Erniotomia* (*taxis cruento*); la quale si rende necessaria e indispensabile per il bisogno di scioglier l'ernia che ha resistito ad altre cure per ridurla. Ordinariamente la parola *taxis*, nella lingua dell'Arte, non comprende la Erniotomia, sebbene essa sia l'ultimo mezzo di riduzione, ma significa la pressione metodica e ad arte fatta dalla mano sopra un tumore ernioso per riporlo là donde uscì fuori. E siccome, chiamato essendo il chirurgo a curare un ernia strangolata, vede avanti i suoi occhi una forma complessa di morbo, che, per poco abbia durato, ha turbato tanto lo stato locale quanto le condizioni generali dell'infermo, nè può sempre bastare a guarirlo l'apposizione della mano sul tumore ernioso, così egli, contro una forma complessa del male, si trova a dovere adoperare mezzi diversi, sia medici sia chirurgici, e a dover combattere con li uni e con li altri quelli elementi morbosi che poi lo spinsero ad operare. Mezzi medici sono il bagno generale, il salasso generale e locale abbondante, i clisteri evacuanti semplici o irritativi (fumo e decotto di tabacco, soluzione di sal marino ec.) li oppiati e i virosi, specialmente l'estratto di atropa-belladonna e l'atropina dati internamente o usati per esterne fregagioni, il cloroformio e, secondo l'esperienza di alcuni pratici, li stessi purgativi, che io solennemente condannerei nell'ernia veramente strangolata, tanto per la loro inefficacia, il malato vomitando, quanto per il pericolo che potrebbe tener dietro all'azione loro, spinte le materie intestinali per il capo superiore fino alla sede dello strangolamento.

I medicamenti variarono spesso nella pratica di qualità, non solo al variare delle cagioni ammesse dello strangolamento (infiammatorio, meccanico, per intasamento, spasmodico ec.), ma ancora per assecondare l'insegnamenti delle scuole e dei maestri diversi, spesso partigiani di uno e non di altro possibile modo di strangolarsi di un ernia e dei mezzi di rimediarvi. Sta però al Clinico lo indicare quali di questi rimedj a seconda della qualità dell'ernia, della sua sede, delle sue complicanze, del suo volume, del tempo dello strangolamento, non che di tutto ciò che all'ernia stessa appartiene e all'individuo che ne è vittima, possano essere più convenientemente indicati e più atti a favorire la riduzione.

Presi così alla rinfusa la loro applicazione sarebbe empirica

vaga e pericolosa, potendo, quello che a un ernia strozzata conviene, essere ad altra contrario.

Io in questa Lezione non terrò proposito che dei mezzi chirurgici, o consigliati, o messi alla prova per guarir l'ernia strangolata, e più particolarmente di quelli adoperati sul tumore ernioso. Il quale, se si vuole sperare di ridurre senza gravissimo danno e nel modo il più conveniente e quindi all'infermo meno pericoloso, bisogna non adoperar mai violenze, stiramenti e pressioni oltre la misura e la tolleranza, nè imporsi mai di ottenere per forza, ciò che in tanti casi non è possibile l'ottenere, senzachè, se l'ernia è intestinale, l'intestino si stracci, e quindi, quando si crederebbe poter cantar vittoria, si dovesse invece e presto fare apparecchiare la bara. Il taxis, compreso pur quello che si ottiene per mezzo della Erniotomia, è atto operatorio sempre delicato, talvolta difficile, nè debb'essere nè troppo prolungato nè troppo violento, giacchè i visceri che si vogliono ridurre, l'intestino particolarmente, rammolliti prima per lo stringimento per più o minor tempo sofferto, facilmente son disposti a lacerarsi e cancrenarsi, e ognuno da ciò intende con quali conseguenze paurose questo succederebbe. I mezzi dunque che il chirurgo ha nelle sue mani per rimettere nel ventre un ernia strangolata che da se non rientra, e che direttamente o indirettamente può fare agire sul tumore ernioso, sono:

1. La dilatazione dei grossi intestini col mezzo dell'aria spinta dal retto;
2. La estrazione dei gas intestinali dalla medesima via coll'ajuto di una grossa e lunga sonda elastica;
3. Il ghiaccio sul tumore;
4. La gran coppa ventrale;
5. La elettro-puntura;
6. La puntura semplice e l'aspiratrice dei gas e delle materie sciolte intestinali;
7. La compressione elastica sul tumore e la pressione sul basso ventre;
8. Il taxis premendo colla mano il tumore ernioso;
9. La dilatazione e lo stracciamento dell'anello erniario;
10. La Erniotomia.

Se a voi non grava io anderò esaminando tutte queste di-

verse maniere di riduzione, facendovi su ciascuna di esse quelle considerazioni che mi sembreranno più utili ed opportune.

a. b. La distensione del grosso intestino col mezzo dell'aria spinta con uno schizzetto nel retto, e col proposito di sciogliere li strangolamenti interni (volvulo, mal del miserere), è metodo antico invero insufficiente, e secondo alcuni patologi raccomandato dallo stesso Ippocrate. Quindi non è da meravigliare se questo venne poi pur consigliato per snodare le ernie strangolate, sperando con quella dilatazione di operare in guisa da tirare dentro il viscere protuso. Ciò appena s'intenderebbe se questo viscere fosse il grosso intestino. Ma non essendo, come ordinariamente non è, e potendo essere l'omento, o altro qualsiasi viscere dell'addome che possa far ernia, qual beneficio potremo mai sperare da queste iniezioni d'aria, e per meglio dire qual danno non potremmo temere?

Più ragionevole parrebbe a prima giunta la proposta di O' Beirn ⁽¹⁾, il quale vorrebbe, che, con una sonda elastica simile alla esofagea ed introdotta per il retto, onde provvedere allo strangolamento, si ritirassero i gas intestinali, dato che tutte le ernie tali fossero, e che aspirando i gas stessi si potesse svuotar un'ernia e renderla vizza e riducibile. O' Beirn doveva credere, o che ogni strangolamento erniario fosse intestinale, e dipendente da gas imprigionato e che colla aspirazione potesse esser tolto, o che, togliendo i gas dal grosso intestino, l'ernia che suol esser dei tenui dovesse cedere. Lascio agli altri il giudicarlo.

c. È vecchia pratica l'usare le pezze fredde ed il ghiaccio sui tumori erniosi, quando l'ernia è strangolata, e quando, atteso la qualità dello strangolamento e per i segni che presenta il tumore stesso, avvi ragione di farlo, non convenendo questo rimedio in tutte quante le ernie strozzate. Io pure l'ho adoperato non rare volte nella Clinica e con frutto, se altro non fosse qual mezzo preparatorio valevole ad apparecchiare le parti ad una più sollecita riduzione. Certo è che il ghiaccio tempera li atti flussionari e l'ingorghi sanguigni, riduce a minor volume i gas se l'ernia è intestinale, e nella inguinale comune eccita le azioni contrattive non solo dell'intestino, ma del cre-

(1) Mém. Sur le mécanisme de l'étranglement, et sur une nouvelle manière de pratiquer le taxis ec. Archiv. de Médecine, 3.^e série, T. III.

mastere e del dartos tanto efficaci a sciogliere i visceri strangolati. Un ernia strozzata con un secchio di acqua fredda gettatovi sù rientrò nell'atto (Petit). Chi non conosce questo fatto oramai tante volte cantato. Ma, gettate cento secchi d'acqua sopra altre ernie, date il ghiaccio per bocca e l'acqua fredda per clistere, fate pure a larga mano abluzioni gelate sul tumore ernioso (Key), o nulla fate e perdetes un tempo prezioso, o fate peggio. Quindi io mi guarderei bene dal consigliarvi l'uso del ghiaccio in generale per tutte le ernie strangolate, come ve lo avrebbero consigliato il Richter, il Cooper ec. e più recentemente il Baudens, il quale univa al ghiaccio il sal marino, onde meglio abbassare la temperatura, ed al potente refrigerante, la compressione ⁽¹⁾. Barclay, Steel e Guyton ⁽²⁾ raccomandano i vapori eterei sul tumore, tanto per raffreddare, quanto per calmare i dolori che l'ernia strangolata risveglia.

Nell'ernie strozzate e nelle intestinali risuonanti alla percussione, io volentieri vi consiglio di adoperare il ghiaccio sul tumore, per un tempo moderato considerando la violenza del male e la necessità di più energici rimedi, quando il tumore è piuttosto voluminoso, l'ernia inguinale od ombellicale, lo strangolamento o l'intasamento *recentissimo*; quando l'ernia non è molto dolente, si lascia agevolmente maneggiare, nè dà segni di violenta flogosi per tensione dolorosa, e quando la pelle che la cuopre non mostra arrossamenti resipelacei, edemazie, e quei tali segni che fanno al chirurgo temere di gravi alterazioni avvenute nel tumore. Il ghiaccio usato con prudenza, può essere utile nell'atto stesso in cui l'ernia si strangola o poco tempo dopo; utile qual mezzo aiutorio di riduzione che poi la mano compie; mai qual rimedio degli altri più valente e nel quale si possa avere la fiducia maggiore. Poi bisogna por mente, che mettendo sul tumore ghiaccio sopra ghiaccio con miscugli frigorifici, e aspettando da essi il miracolo, si possono per l'effetto del gelo mortificare i tessuti che formano il tumore stesso, che sono sottili, delicati, distesi e per loro medesimi disposti alla cancrena. L'infermo quindi, oltre il suo grave male, si troverebbe vittima dell'inopportuno rimedio.

⁽¹⁾ *Efficacité de la glace unie à la compression pour réduire les hernies étranglées.* Mém. lu à l'Académie des sciences. Gazette des hôpitaux 1854, pag. 470.

⁽²⁾ Mém. Sur l'étranglem. et l'emploi du chloroforme pour la réduction des hernies étranglées. — Archiv. gén. de Méd. 4.^e série, T. XVIII, An. 1848.

d. e. Che dirò di due modi proposti per ridurre nel ventre le ernie strangolate, i quali, fatti appena conoscere furono subito e giustamente posti in oblio? Dirò che, non essendo stati giudicati dalla esperienza, van lasciati alla istoria, e a quell'istoria se pure vi sarà mai, che vorrà occuparsi delle piccole e delle strane cose.

Fuvvi dunque chi consigliò (Koehler) di ridurre le ernie strozzate stirandole violentemente in dentro col mezzo di una *gran ventosa* a campana applicata su tutto il basso-ventre (Iddio ci salvi), e vi fu chi (Le Roy d'Étiolles ⁽¹⁾) al terribile e complesso male dell'ernia strangolata, propose di venire in ajuto colla carezza della *corrente elettrica* mettendo un polo della pila sul tumore ernioso e l'altro sulla lingua, se l'ernia fosse dei tenui, o nell'ano se dei grossi, e ciò onde l'intestino si contraesse, e contratto, rientrasse. Ciò basti.

f. Ben altro e più serio proposito ci deve guidare all'esame della nuova operazione proposta ed oramai eseguita tante mai volte in Europa, per ajutare e favorire la riduzione delle ernie strangolate e incarcerate, intendo *della puntura dell'intestino ernioso, e specialmente della puntura aspiratrice* dei gas e delle materie liquide in esso contenute. L'esperienza di secoli aveva già mostrato ai chirurghi, che le ferite di punta delle intestina e dello stomaco stesso, fatte con sottili istrumenti che non oltrepassino una esigua misura (alcuni millimetri) potevano per loro stesse sanare e presto, senza dar luogo a stravasamento mortale. I patologi hanno anche studiato il modo di questa sanazione, operata dalla muscolare che fa ernia e chiude e dalle sierose che insieme si attaccano, e mantengono così e ristabiliscono la continuità del viscere offeso.

Antica è la pratica, da tanti difesa e da tanti combattuta, aperto che sia il sacco durante la Erniotomia, quando l'intestino è *enormemente* disteso dal gas, che al solo toccarlo minaccia di rompersi, nè può rientrare, o rientrato che sia ritorna fuori sbalzando, di pungerlo con esigui aghi affinché si svuoti e si avvizzisca. Ambrogio Pareo al suo tempo diceva vecchio questo compenso, e lo adoperò con frutto, e Manget nella sua Biblioteca Chirurgica scorrendo delle ernie (pag. 375), così dice: « *si vero contingat* » (nel fare l'Erniotomia) « *intestinum*

(1) Mém. lu à l'Académie de Médecine, 1835.

aere in tantam molem esse distentum ut commode restitui non possit, VARIIS IN LOCIS SUBTILIORI ACU ERIT PERFORANDUM ». Io pure vidi in simili emergenze far questo dal mio ottimo maestro il Prof. Andreini, e questo pur feci io stesso e me ne lodai. Le punture delle intestina fatte cogli aghi sono affatto innocue, quanto possono essere utili nel bisogno. Jonas proponeva di pungere col tre-quarti le antiche ernie voluminose intestinali strangolate aderenti, ripiene che fossero di materie stercorace, e in questo modo vuotarle ⁽¹⁾. Il Prof. Albanese di Palermo, operoso e valente clinico in quella Università, rendendo conto nella sua Gazzetta Clinica (Anno 1873, fascicolo 1.º) di un felice caso di *Puntura aspiratrice per ernia inguinale strangolata*, racconta di un condannato al Bagno penale di quella città, il quale, andando incontro allo strangolamento di una voluminosa ernia scrotale intestinale che da lungo tempo portava, se la faceva sempre rientrare pungendosela esso stesso col mezzo di lungo e grosso ago, senzachè mai gli fossero intravvenuti sconcerti o fallisse il rimedio. Io pure mi son trovato a vedere un veterinario, or sono molti anni, con un lungo ferro tondo e appuntato, pungere le intestina di un bove avventrato (pneumatosi intestinale asfittica) e guarirlo, quando pareva fosse vicina la morte. Fossangrives poi narrava all'Accademia di Medicina di Parigi (11 Luglio 1871) che in Bolivia è comune la puntura dello stomaco per la pneumatosi gastrica e minacciosa, che è male frequente in quelle contrade. Narrava pure avere egli stesso eseguita con un tre-quarti la puntura dell'intestino per pneumatosi enorme intestinale, in un uomo che per essa era vicino a spirare e fu salvo. Informava egualmente l'Accademia essersi resa non rara questa puntura intestinale col tre-quarti nella timpanitide intestinale primitiva e complicante, e che, per le sue ricerche statistiche, era stata su 16 individui eseguita 88 volte, e sopra un solo malato 50 in tempi diversi (Stein). Io non debbo dar qui giudizio sul valore delle punture evacuative proposte in generale ed eseguite per togliere le raccolte gassose nelle cavità chiuse, argomento sul quale altra volta pubblicamente ragionai ⁽²⁾. Debbo solamente dichiarare,

⁽¹⁾ Loder s' Journal, B. IV. S. pag. 95-106.

⁽²⁾ Dell'influenza dell'aria-atmosferica nelle cavità chiuse. Considerazioni patologiche di C. Burci. Milano, Univ. di Medicina, Vol. CLXXXIV. 1863.

se, per le prove fatte, può essere utile e non pericoloso pun-
gere le intestina strangolate o incarcerate, quando esse siano
straordinariamente distese dal gas e superficiali e risonanti, e
se questo atto operatorio possa compiersi quando il sacco è
squarciato, o ancora quando l'ernia è chiusa. Quanto a pun-
gere con sottili aghi l'intestini durante la Erniotomia, della
qual cosa ragionerò anche in seguito, allorchè la troppo di-
stensione loro rende difficile lo sbrigliamento e la stessa rin-
troduzione, io sull'altrui e sulla propria esperienza non temerei
consigliar questa pratica. Rispetto poi a pungere, non con aghi,
i quali potrebbero cagionare infiltramenti gassosi fetidi nei tes-
suti vicini ed avviarli a cancrena, ma con sottili tre-quarti
un ernia intestinale intatta e sonora e a fior di pelle, onde
vuotarla dai gas e favorirne la reintroduzione, se molti fatti
provarono la innocuità di questa operazione e la più facile
reintroduzione dell'ernia stessa mercè quest'ajuto ⁽¹⁾, altri mo-
strarono la sua insufficienza e il suo pericolo. In questa incer-
tezza io non potrei raccomandarla, nè vorrei mai dare ai nuovi
nell'arte un'arma in mano loro, della quale potrebbero abusare
troppo arditamente e con altrui danno irreparabile. Mi piace
qui citare la sentenza di Gosselin, il quale discorrendo di questa
medesima operazione (la puntura col semplice tre-quarti-sottile
e sopra ernia chiusa), dichiara; « essere necessaria la sanzione
della esperienza per giudicare del valore di essa oggimai inu-
sitata » ⁽²⁾; e più mi piace il chiaro dilemma deciso e netto
del Nélaton, che dovendo dar giudizio su quest'atto operatorio,
scrive; « La punzione dell'intestino col mezzo del piccolo tre-
quarti è stata abbandonata, perchè di due cose l'una, o l'aper-
tura sarà piccola e non farà uscire cosa alcuna, o sarà più
grande, e allora dopo la riduzione potrà esporre allo stravasamento
nella cavità addominale » ⁽³⁾.

Nel caso poi che il chirurgo si risolvesse, nè io il con-
siglierei, a pungere un ernia, che all'antica maniera chiamerò
ventosa, col tre-quarti, sarebbe bene sempre, che, prima d'in-
figgere l'istrumento, facesse una breve incisione alla pelle, onde
evitare il caso che, per la resistenza che essa oppone, il ferro
a un tratto sviasse o troppo si approfondasse.

⁽¹⁾ LABRIC. *Thèse*. 1852.

⁽²⁾ *Leçons sur les Hernies abdominales*. — Paris, 1865. Chap. 2.

⁽³⁾ *Éléments de Pathologie Chirurgicale*. T. IV, pag. 254.

Ma in questo ultimo scorcio di tempo questo metodo di pun- gere le ernie strangolate, al quale i savi pratici non rivolgevano più il pensiero, ha ripreso nuova vita. Non già adoperandolo all'antica maniera e pungendo le ernie con un piccolo tre-quarti, ma in modo conducendolo da potere con un esiguo ago-cannula sufficiente al bisogno, e procacciando il vuoto, aspirare e suc- ciare dall'intestino le materie liquide e fare svaporare i gas. Questo metodo, che è *vecchio* considerato nei suoi principi ge- nerali e nelle sue pratiche applicazioni terapeutiche (Pingray. 1612), è *nuovo* in questo modo adoperato sull'ernie strangolate intestinali per ajutare la riduzione loro, ossia il Taxis, e fu proposto e cimentato molte volte con frutto da Dieulafoy nel 1869 ⁽¹⁾, e messo alla prova dai chirurghi i più esperti nell'arte, venne ora lodato, ora condannato, com'è appunto di tutte le umane cose, taluni dichiarandole eccellenti, tali altri il prodotto di mente strana e bislacca.

Questa operazione, per la quale, oltre le Memorie di Dieulafoy, si possono consultare i sotto-citati lavori ⁽²⁾, si com- pie col mezzo di sottili aghi cannula ($\frac{3}{4}$ di millimetro, 1 mil- limetro e $\frac{1}{4}$ poco più), ove nella cannula si procaccia il vuoto, o per mezzo di un aspiratore elastico, o con un pistone aspirante messo in moto da un piccolo apparecchio pneuma- tico. Vi sono istrumenti a scala di varia grandezza (N.º 1, 2 ec.) e di vari fabbricatori (Robert et Colin, Lürer ec.), con i quali

⁽¹⁾ Académie de Médecine séance 2 Novembre 1869. — Paris.

⁽²⁾ BRUN-BUISSON, *De la ponction aspiratrice comme moyen de réduction des hernies étranglées*. Thèse, 1870. — W. ROSE, *Éléments de Pathologie Chir. et Médecine opér.* Traduction Française. Paris 1870, pag. 293, 330. — *Gazette Hebdomadaire de Médec. et Chir.* Paris année 1871, pag. 221, 235, 364, 389, 427, 431. — *Bulletin de la Société médicale de la Suisse. Romande* N.º 10, 1871. — D. P. AUTUN, *Du traitement de la Hernie étranglée par aspiration sous-cutanée*. Paris 1871. — M. GERARD, *Sur l'aspira- tion appliquée dans le traitement des hernies étranglées*. Paris. 1872. — E. ALBANESE, (loc. cit.) — Société de Chirurgie de Paris. *Discussion. Gazette des Hôpitaux*, Août, 1872 N.º 43, pag. 741. — FLEURY, *Sur la ponction aspiratrice dans les hernies étran- glées*. Bull. de Therapeutique. T. LXXXIII, pag. 517. — A. MURON, *De l'aspiration des gas et des liquides dans les hernies irréductibles*. Gaz. Méd. Année 1872, N.º 33. — LE- CERS, *Du traitement de l'étranglement herniaire*. Thèse. Paris 1872. — DEMARQUAY, *Ponctions aspiratrices dans les hernies étranglées*. Bull. de la Société de Chir. Séance 20 Novemb. 1872. — DIEULAFOY, *Mémoire (2.º) Sur l'aspiration appliquée au traitement des hernies étranglées*. Bull. de la Société de Chir. 1873. — CASTIAUX, *Documents pour servir à l'étude de la méthode aspiratrice*. Paris 1873. — DIEULAFOY, *Traité de l'Aspi- ration des liquides morbides*. Chap. VIII, — Hernie étranglée. *Du traitement de la hernie étranglée par aspiration*. pag. 188. Paris 1873.

può compiersi l'atto della aspirazione, che è l'essenziale. Duploux e Dolbeau, seguendo la pratica del Dieulafoy, hanno contribuito in Francia al maggior grido di questo metodo per aiutare la riduzione delli enteroceli incarcerati; il quale metodo poi ha trovato seguaci in Inghilterra (Bryant), in Germania (Roser), in Italia (Albanese). Gérard in 23 casi a lui noti, nei quali è stato sperimentato, dice riuscì 13 volte compiutamente e 10 volte fallì senza danno. La puntura aspiratrice non è l'antica puntura contro la quale si mossero a condannarla giustamente i più valenti chirurghi e fra gli altri il Nelaton citato. Essa si fa con sottili e possiam dire innocui istrumenti; si fa dai savi chirurghi per l'enterocele di fresco incarcerato o strangolato, voluminoso, timpanico; si fa quando il taxis ordinario riesce difficile, doloroso, impossibile; si fa per diminuire il volume dell'ernia, e, diminuito questo, rendere meno gravi li effetti dello strangolamento, aiutare la riduzione, allontanare il caso della Erniotomia; la quale, è verissimo, fatta per le voluminose ernie dell'intestino che la possono reclamare, è spesso mortale. Quando non se ne abusi, e coll'abuso dei fanatici non se ne perda la utilità, io ho fede, che questo nuovo metodo nelle mani dei valenti nell'arte, possa tornare profittevole alli erniosi e possa talvolta salvarli dal sottometterli ad una grave e delicata operazione. D'altronde la puntura aspiratrice, fatta anche infruttuosamente, impedisce forse la successiva necessaria Erniotomia? Leggete un importante caso del Ferrier ⁽¹⁾ e vi persuaderete della sua innocuità. L'Erniotomia fu fatta con frutto, nè furono trovate tracce della puntura. L'ernia strangolata, come ho già detto e dirò sempre, è gravissima malattia, ed i rimedi che possono adoperarsi, non debbon mettere la paura nell'ossa, e ciò perchè con questo messo innanzi si foracchia l'intestino. Non si fa peggio della puntura stessa, quando incominciando dal malato, e scendendo giù giù per una lunga serie di esploratori, fino quasi ai serventi delli spedali, com'io vidi con i propri occhi, si sottomette quel povero ernioso a un taxis lungo, prolungato, forte, prepotente ed infruttuoso? Ad un taxis col quale ad ogni costo si presume e quasi si vuole reintrodurre un ernia che non può rientrare? Quante mai volte non vidi, facendo la

(1) *Gazette des Hôpitaux*. An. 1872, N.º 23, narrato pure nella Gazzetta Clinica dello spedale di Palermo, 1872, Marzo. pag. 136.

Erniotomia, li effetti gravi (contusioni, stravasi sanguigni, lacerazioni ec.) prodotti da queste rozze manipolazioni e pressioni mal fatte o soverchiammente protratte? Ebbene i meticolosi gridano forse tanto contro questo modo che risveglia l'ira generosa, quanto gridano contro un atto, quale è quello dell'aspirazione pneumatica nell'ernie strangolate, e ciò solo perchè si punge l'intestino? Ma le ferite piccole delle intestina sono state mai tenute in conto di ferite gravi, quando è provato che non è sempre dato di ritrovare sul viscere il punto ove furono fatte? E noi non consigliamo la enterorafia, e per eseguirla non si cuciono le intestina, e, sperando di guarire il malato, si ripongon nel ventre? Dunque bando ai vani timori, e, quando l'esperienza vi rinfranchi e la prudenza vi conduca, la mano non sia ritenuta dal forar l'intestino in quei particolari e circoscritti casi di enterocele strangolato, e usare, non abusare, della puntura aspiratrice. Io non vi dico ora, pigliate l'istrumento e pungete. Dico anzi, aspettate, osservate, notate il progresso e li effetti di questa nuova operazione ajutatrice del Taxis in certe speciali ernie, ma poi non vi trattenga nè la paura nè il pregiudizio, e pensate sempre che peggio di questa puntura può far la mano comprimendo lungamente un ernia strangolata, e rozzamente e senza frutto comprimendola.

La operazione si fa con una delle cannule aspiratrici, che ormai son tante; e utile è pur questa di Dieulafoy (*Fig. 10*) ⁽¹⁾. La cannula-ago punge e lo stantuo dello schizzetto ritira il liquido, che esce, per mezzo di un artificio valvolare, dalla cannula emissaria, quando lo stantuo preme ⁽²⁾. Dieulafoy, nel suo recente Trattato dell' *Aspirazione dei liquidi morbosi* (1873), dopo aver dimostrato colla evidenza dei fatti la innocuità della puntura aspiratrice nelle ernie addominali strangolate (p. 193), e dopo aver reso conto della sua reale utilità per la cura di queste medesime ernie (pag. 203) ⁽³⁾, indica le regole pratiche

⁽¹⁾ *Gaz. Hebdomadaire*. 1869, N.º 45.

⁽²⁾ Il Prof. Albanese, onesto com'è, con sua lettera del 6 Ottobre 1873, mi dette notizia, di avere in altri due casi, oltre i citati nel suo Giornale, fatta la puntura evacuatrice per ernie intestinali inguinali strangolate e senza frutto, quantunque da uno degli erniosi avesse aspirato circa a 200 grammi di materie liquide.

⁽³⁾ Ern timer strangolate trattate colla puntura 27
 Successo completo 20
 Successo incompleto 4
 Insuccesso 3
 85 guarigioni per %.

per l'atto operatorio. Dice che le ernie che meglio si prestano a questa cura sono le intestinali senza epeplocele, le recenti, le libere da aderenze, quelle di medio-crescenza o voluminose (pag. 204), ed aggiunge; che è bene che questa puntura preceda il taxis ordinario incuruente, che deve tener dietro alla medesima, per non turbare la regolare disposizione delle parti.

Apparecchiato l'istrumento aspiratore colla cannula emissaria in basso, sotto la quale si pone un recipiente, e assicuratosi l'operatore che il vuoto nello schizzetto si faccia perfetto, e che l'ago-cannula sia permeabile, posto l'operando supino o alla sponda del letto, egli, con un colpo secco immerge l'ago nel tumore ernioso e nel luogo avanti segnato. La punta dell'ago o arriva nel sacco direttamente e ne sgronda della sierosità, o direttamente nell'intestino da cui escono gas e materie intestinali liquide, le quali si riconoscono per la loro densità, per il colore bruno, per la qualità loro fecaloide. Quando lo sgorgo di queste materie è terminato, si ritira l'ago e si prova la riduzione del tumore colla mano, ossia facendo il taxis incuruente.

g. Ad agevolare la riduzione dell'ernia strangolata e render sovr'essa la pressione più regolare costante e prolungata, prima Bourjeaurd ⁽¹⁾, poi più solennemente Maisonneuve ⁽²⁾, proposero di serrar l'ernia e di stringerla con fascie elastiche,

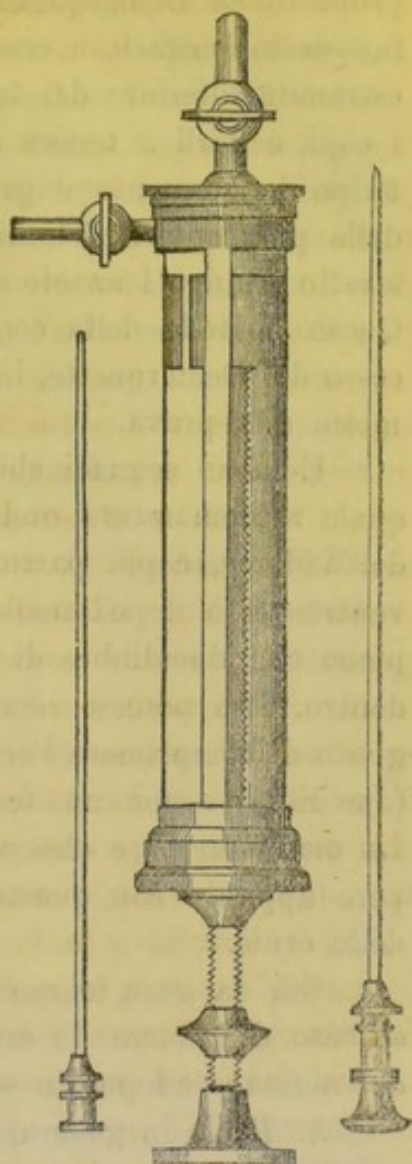


FIG. 10. Cannula aspiratrice di Dieulafoy.

⁽¹⁾ *Coup d'oeil sur l'emploi de la nouvelle méthode de compression par les appareils élastiques.* Paris 1853. — *Compression par les appareils élastiques dans le traitement des Kystes de l'ovaire, des hernies.* Bull. de Thérap. 1857, T. LII, pag. 409.

⁽²⁾ *Mém. pour la réduction des hernies étranglées par la compression élastiques de bandes de caoutchouc.* Acad. des Sciences 1863. — *Archiv. de Médecine*, 6.^e série, 1863, T. II, pag. 375.

con le quali non esclusero neppure le esterne manipolazioni. Più semplice ed anche più economico sarebbe il processo testè proposto da Demarquette ⁽¹⁾, il quale consiste nel pigliare un fazzoletto piegarlo a *cravatta*, applicare la sua parte media sulla estremità inferiore del tumore (inguinale o crurale), incrociare i capi, e darli a tenere a due assistenti uno per parte, i quali tirino leggermente e gradatamente, come si farebbe prima della paracentesi addominale per comprimere il ventre con uno stretto e lungo lenzuolo e con esso favorire la uscita del liquido. Questo metodo della compressione elastica, non parlo del processo del Demarquette, ha avuto pochi seguaci ed ora appena si mette alla prova.

E meno seguaci ebbe la proposta di Lannelongue ⁽²⁾, il quale raccomandava onde ridurre le ernie strangolate anteriori dell'addome, e più particolarmente la inguinale, di mettere sul ventre verso il peduncolo dell'ernia un cornetto di cuojo ripieno con due libbre di piombo, affinchè tirando sull'ernia di dentro, essa potesse rientrare. Anche Wilner ⁽³⁾ aveva consigliato di comprimere l'ernia con un sacchetto pieno di mercurio (due libbre) o con un ferro da stirare tenuti sù per delle ore. La mano mi pare che potrebbe sostituire il piombo, e si adopera appunto con questo intendimento per ajutare la riduzione delle ernie.

Già da gran tempo Lafargue chirurgo militare, aveva consigliato di ridurre le ernie addominali strangolate col mezzo del *massage* adoperato sulle pareti ventrali.

h. Taxis in generale, e questo lo dissi nel principio di questa Lezione, è la riposizione dei visceri, che forman ernia, nella rispettiva cavità. Ogni mezzo che conduce a questo fine è un *Taxis*, compresa la *Erniotomia*, la quale ha per oggetto di rendere sciolti i visceri strangolati e riporli là d'onde uscirono. Se, posto del ghiaccio sopra un tumore ernioso, l'ernia rientra senza esser toccata, il ghiaccio o altro mezzo che sia, ha operato il *taxis*. Però nei libri, nelle scuole, e nel comune parlar dei chirurghi, questa parola significa (e questo pure avvertii),

⁽¹⁾ *Gazette Méd. de Paris*. 8 Févr. 1873, N.º 6, pag. 285.

⁽²⁾ *Du traitement des hernies étranglées par la compression de la paroi abdominale à l'aide d'un sac de plomb*. Rap. de Mons. Labbé à la société de Chirurgie, 1870.

⁽³⁾ *Practical Observ. on hernia*. Edit. 2.ª Case 1 e 2. — Anche LAWRENCE, *Trattato delle Ernies*. Trad. Caimi. Milano 1820, pag. 162.

quell'atto e quell'operazione che fa la mano del Chirurgo sopra un tumore ernioso, sciolto o strangolato che sia, per ridurlo nella sua cavità, e se l'ernia è piccola e recente, fare scomparire il tumore. Ridurre un ernia sciolta è ordinariamente operazione agevole, e quasi tutti li erniosi la fanno bene da loro stessi e meglio, mi sia permesso il dirlo, di alcuni chirurghi. In questi casi io do spesso la preferenza al malato. Non è molto che fui chiamato a visitare un ernioso che aveva un vasto oscheocele inguinale sciolto, e voleva che io gli dicessi se un cinto nuovo gli andava bene. Fatto mettere il malato nel letto, mi provai a ridur l'ernia, a fare il taxis; ma l'ernia stentando a rientrare, l'ernioso mi disse; « scusi, si contenta che faccia io? » Padrone, gli risposi, si serva. Egli piglia l'ernia nel palmo della mano, la preme, si mette sul fianco opposto, alza a perpendicolo l'arto inferiore del medesimo lato, l'ernia è rientrata. Questo succede anche in certi restringimenti uretrali, per i quali talvolta, e nelle prime esplorazioni, il malato ha più pratica del curante e fa meglio di lui.

Ma quando l'ernia è strangolata o incarcerata, se non è nei primi momenti, è bene che il malato non faccia prove, e non faccia come un contadino delle vicine campagne nostre, che io visitai e che, puntato un oscheocele incarcerato allo spigolo di una tavola per farlo rientrare, tanto pigiò che lo ruppe e ne morì. Più il Chirurgo è chiamato presto e solo, e più se ne loderà. Ricevere delli erniosi coll'ernie strangolate, dopo che parecchi vi posero le mani, è sempre una sventura anche per l'esito della Erniotomia quando occorra. Vedere come tante mai volte osservai, venire allo spedale dei poveri infelici coll'ernia strozzata, dopo più giorni di male, colla pelle del tumore livida, pesta, ecchimosata, e venire da luoghi lontani, e quando dal Chirurgo al barbiere, tutti gli han posto le mani addosso, fa orrore a chi ha sentimenti di pietà. E allora, se la Erniotomia venne fatta, e l'ernioso morì, chi lo precipitò nel sepolcro?

Quando il chirurgo venga chiamato o s'imbatta in individuo, al quale per sua sventura siasi strangolata un ernia addominale, il suo primo pensiero debb'esser quello di cercare di sciogliere lo strangolamento, ed evitando quanto più può la Erniotomia, far prova con i compensi più miti di riporre il

viscere strangolato nella sua primitiva sede rendendolo libero. Per ciò fare convenientemente deve studiare e notare la *specie* dell'ernia, il *grado* dello strangolamento e *tempo* e, quanto può, il *modo* ed il *luogo*, non che la *qualità* del viscere o dei visceri che usciron fuori e rimasero incarcerati, come pure notare le condizioni tutte dell'ernioso, sia rispetto all'età, al sesso, al temperamento, alle cause ec., non tralasciando alcuna ricerca che possa illuminare il suo giudizio. Dalle precise cognizioni che si possono attingere, può dipendere lo stabilire la convenienza e la maniera della riduzione; e, se questa deve riporsi tutta nell'opera della mano, o nel soccorso contemporaneo o alterno di altri mezzi e di quali.

Il taxis deve esser fatto dal Chirurgo operatore nel modo seguente;

Se l'ernia è inguinale, crurale o ombellicale, il malato deve esser posto sul letto, col bacino rialzato da un cuscino messo sotto le natiche, la testa in avanti, le estremità inferiori divaricate, o avvicinate (Cooper), le gambe flesse moderatamente sulle cosce e queste quindi sul bacino: deve avere orinato. Vi furono chirurghi (Fabbrizio d'Acquapendente) che proposero, e lo fecero, di tirar sù per le gambe l'ernioso quasi appendendolo al palco a guisa di vitello sparato, per quindi scuoterlo; altri gli fecero metter le gambe, anche accavallandole (Ribes), sulle spalle di un ajuto o dell'operatore postosi nel mezzo di esse e guardando il malato e in quella posizione operandolo; altri vollero ch'ei si mettesse a bocconi sul letto ed in ginocchio, puntando i pugni o i gomiti e colla testa penzolone e parimente scuotendolo; altri finalmente raccomandarono si ponesse sull'opposto fianco. Intendevano così facendo giovarsi, ora del peso del viscere strangolato, ora del maggiore rilassamento dei muscoli larghi addominali. Winslow faceva mettere l'ernioso in ginocchio, mentre altri pregava. Linancer de Chinon, per mettere l'ernioso in posizione e scuoterlo, immaginò un letto a bilico. Kramer lo metteva ritto appoggiato al muro, e poi pigiava l'ernia, quasi volesse dire, o te o il muro. Qualche caso fortunato forse dette credito a queste posizioni strane, bizzarre e singolari. L'operatore si pone al lato destro del malato, qualora il sinistro, per sue particolari ragioni, meglio non gli convenga. Guarda, osserva, tasta ed esplora il

tumore ernioso, tanto per assicurarsi della qualità dell'ernia, quanto della sua tolleranza alla compressione, essendo il taxis operazione meccanica che si compie comprimendo con arte e con misura. Dovendo egli, per esempio, ridurre un ernia inguinale scrotale strozzata, pone, secondo il suo volume, o le dita, o la palma della mano destra nel fondo del tumore sul corpo dell'ernia, e le dita della sinistra, l'indice e il pollice specialmente, sul cingolo strozzante che è spesso sensibile molto e doloroso; e, mentre la destra spinge di basso in alto il viscere verso il canale, la sinistra lo preme in basso, smuove da un lato all'altro il cingolo stesso, e questo atto talvolta molto giova. Come giova in alcuni casi ritirare il tumore a se facendo in pari tempo scorrere le dita della sinistra mano fino all'anello esterno, e dopo averlo smosso e delicatamente e con prudenza girato, respingerlo di nuovo, adoperando una tal maniera che la sola pratica può insegnare, la parola non basta. È un artificio questo che s'impara solo provando e riprovando: si può in certo tal qual modo descrivere, ma non trasfondere in altri. Date un istrumento ad un mediocre suonatore, vi fa pietà; datelo ad un valente, v'incanta. Eguale l'istrumento, contrario l'effetto; eguale la mano, ma poche mani atte a questa difficile operazione. La forza può essere o lieve o soverchia, i movimenti delle dita irregolari e non efficaci, la compressione non ben diretta. Bisogna molte, ma molte volte aver fatto questa operazione, essersi trovati nei grandi spedali ove frequenti sono i casi di ernie strangolate: bisogna esser bene esperti della anatomia e della patologia delle ernie, e poi non basta. È necessaria una certa speciale capacità che la natura concede e il maestro non può nè sa trasmetterla ad altri quando pur l'abbia egli stesso. Vi sono chirurghi che pare abbiano la mano involta col cotone, tanto sono delicati e gentili; altri, se vi toccano, vi lasciano un livido: nè l'uni nè li altri sarebbero i migliori ad operare il taxis; quelli per troppa delicatezza, questi per soverchia forza. La quale forza, quando s'impiega a ridurre un ernia incarcerata, bisogna che sia diretta in senso opposto a quello che l'ernia adoperò per venir fuori e spiegarsi, tenendo conto delle deviazioni che può aver subito nel suo maggiore svolgimento.

In questa operazione il Chirurgo può durare dai 10 ai 15 minuti; se non riesce, si arresta, dà riposo all'ernioso, e du-

rante questo intervallo di tempo, che, a seconda della tolleranza o intolleranza del malato può essere di una due o tre ore, impiega altri compensi indicati dalla qualità dello strangolamento e dalle generali condizioni dell'ernioso. Predominando lo stato pletorico ed il flussionario o infiammatorio del tumore, adopera il bagno, il salasso generale e locale, i cataplasmi ec.: quando il dolore soverchia, i muscoli larghi dell'addome sono tesi, lo spasmo è manifesto, usa la eterizzazione o cloroformizzazione generale, o la locale ⁽¹⁾, usa le iniezioni ipodermiche colla morfina (un centigrammo) ⁽²⁾, ed anche la candeletta opiata insinuata per l'uretra, secondo il consiglio del Ribéri che assai se ne lodava. Nelle ernie poi distese dal gas, non molto dolenti, piuttosto voluminose e con quei segni che i patologi danno dell'intasamento, adopera il ghiaccio, la puntura aspiratrice, e ciò fa governandosi più saviamente che può colla sua propria esperienza. Ripete quindi il taxis ad intervalli diversi ed anche in posizioni diverse, e quando l'ernia rimanga sempre strangolata o incarcerata molto non attende per proporre ed eseguire la Erniotomia. E dico molto non attende, perchè questo è il consiglio salutare dei più esperti pratici, e perchè, com'io dirò in seguito, le statistiche della Erniotomia sono anche o prospere o infelici secondo la prontezza o la tardanza ad operare. Nel Nuovo Dizionario di Medicina e Chirurgia pratica che si va pubblicando a Parigi dal Dott. Jaccoud (pag. 608) questo si dice all'Articolo *Ernie*; « Ogni qual volta il Chirurgo è chiamato da un ernioso il primo giorno dello strangolamento, qualunque sia il volume dell'ernia, quando si può temere che la infiammazione, o quando si tratta di uno strangolamento primitivo, bisogna fare il taxis col cloroformio, a condizione però che il tempo trascorso non dia sospetto che i visceri siano stati danneggiati. Varia il tempo dell'attendere secondo la varietà e il volume dell'ernia. Le ernie piccole se intestinali, e specialmente le crurali, concedono minor tempo; più ne concedono le inguinali voluminose e le entero-epiploiche ». Le ernie di mediocre volume, acutamente strangolate, non molto dolorose, le inguinali, rientrano più frequentemente e più prestamente delle

⁽¹⁾ BARCLAY. *Emploi de l'Éther dans les hernies étranglées*. Britisch Med. Jour. 1866. Gazette Méd. de Paris 1867, pag. 390.

⁽²⁾ RAYOTH. *Berlin Mediz. Wochenschrift*. 1869.

altre. L'intestino prima rientra grado a grado, poi a un tratto con particolare rumore di gorgoglio. L'epiplon è più lento a riporsi. Più l'anello è largo e più è sperabile la riduzione. Le ernie infiammate poco tollerano il taxis.

Il taxis è stato distinto in *moderato*, *prolungato*, *progressivo*, *forzato*, *a due a quattro a sei mani*, giovandosi delli ajuti per compierlo, e mi fa proprio meraviglia che non sia stata proposta la pressa idraulica, per fare addirittura schiantar l'intestino. Il taxis *moderato*, che è quello che principalmente raccomandando e vien pure raccomandato dai più savi maestri nell'arte, è quello che richiede una forza moderata, sufficiente, ma nè soverchia nè pericolosa; *prolungato* allorchè si seguita a premere, e a voler reintrodurre i visceri durando a comprimere da un quarto d'ora a un ora; *progressivo*, quando si comincia ad eseguirlo delicatamente e poi, aumentando grado grado di forza, si dà la stretta come nella musica; *forzato* è quello che obbliga ad impiegare una forza maggiore per eseguirlo, e quando il chirurgo, nascano i maggiori possibili danni, vuole che l'ernia rientri, e, non rientrando, allora soltanto abbandona l'ernioso alla Erniotomia (bel regalo!); della quale possono essere prevedibili i funesti effetti e le scoraggianti statistiche, dopo un taxis ripetuto, prolungato, progressivo e forzato ⁽¹⁾. Il taxis è una prova che si deve fare per tentare di salvare chi ha l'ernia strangolata da grave operazione, però esso deve avere i suoi confini, che la prudenza e la esperienza debbono saper seguire. La Erniotomia debb'essere un'ajuto opportuno e salutare, non un estremo compenso e un tardo ed inefficace rimedio per le ernie strangolate e per vario tempo malmenate e malconce. Non bisogna lasciare al taxis cruento (Erniotomia) quello che avanza di male dopo-un taxis incruento, prolungato, forzato ec. inutilmente compiuto. Allora l'Erniotomia, fatta a causa lungamente combattuta e persa, qual valore reale e assoluto può avere nelle statistiche delle più gravi operazioni chirurgiche? Velpeau (loc. cit.) saviamente dice quando ammonisce, che in certe ernie non bisogna essere troppo correvi a rinunciare al taxis, ma usare arte e prudenza, nè mai torturare inutilmente li erniosi. Non è il tempo trascorso, seguita a dire, dal principio dello strangolamento, ma il presu-

(1) GOYARD. *Inconvénients et dangers d'un taxis trop énergique et trop prolongé.* Gaz. Méd. de Paris 1860. — GOMOZ. *Inconvénients du taxis forcé.* Thèse. 1867, N.° 97.

nibile stato delle parti che bisogna considerare nel fare o nel rinunciare al taxis. Ora, la Dio mercè, il taxis forzato, ad onta che sia stato consigliato e difeso da valenti chirurghi⁽¹⁾, ha pochi partigiani. Il pericolo di suscitare con esso coliche consecutive, peritonitidi acutissime, rottura dell'intestino, stravasi e versamenti sanguigni, la riduzione in massa del sacco e del viscere, il distacco del colletto erniario con parte dell'anello fibroso (Laugier), l'ha fatto a ragione abbandonare dai più esperti clinici. Pensate qual mai danno deve produrre un taxis forzato ed infruttuoso su di un ernia strangolata ed anche infiammata, fatto che sia specialmente al terzo al quarto giorno di uno strangolamento!

Ad onta di ciò, e probabilmente sulle traccie di Harpin⁽²⁾ un valoroso chirurgo italiano, ch'io altamente stimo e l'Italia onora, il Prof. Borelli di Torino, in una sua opera⁽³⁾ difende il taxis forzato, e sostiene, essere esso la generale operazione per le ernie strangolate, considerando egli eccezionale la Erniotomia e difendendo la sua dottrina e la sua pratica con una statistica degna di richiamare l'attenzione di tutti i cultori della Chirurgia.

Egli prova, che, nel corso di 19 anni, sopra 170 casi di ernia strangolata, ottenne la riduzione in 156 con 8 morti, e, fatta su 14 erniosi la Erniotomia, ebbe 9 morti e 5 guariti. Riducendo le ernie la mortalità fu del 5⁰/₀, operandole col taglio, oltre il 46⁰/₀. La eloquenza di queste cifre è evidente, nè possiamo adombrare all'ardimentoso e fortunato Clinico, tanto splendidi risultati. Non vi è chirurgo che ne possa mettere innanzi de' simiglianti. Come fa il Prof. Borelli ad eseguire questa riduzione, che io pure considero quale atto generale verso chi ha l'ernia strangolata, niuno di noi lasciando di provare il taxis, e tengo pur io la Erniotomia per ultimo compenso quando il taxis non giova?

Vi detto ciò ch'egli scrive e non vi spiaccia che lo faccia. Parlando egli della riduzione delle ernie strangolate col *metodo*

(1) AMUSSAT. *Gaz. Méd. de Paris*. 1831 e 32. — RIBES. *Mém. Sur les moyens de réduire les hernies compliquées d'étrang.* *Gaz. Méd. de Paris*. 1833. pag. 521. — LISFRANC. *Clinique Chir. de la Pitié*. T. II, pag. 432. — TIRMAN. *Thèse*. Paris. — VIGNOLO. *Revue Méd.* 1848. — RIVET. *Gaz. Méd. de Paris* 1838. — STREMBAL. *Prague Viartehrschrift*. Lipsia, 1861.

(2) *Journ. Hebdomadaire*. T. III, pag. 216. Paris, 1835.

(3) *Della Riduzione incruenta delle ernie inguino-crurali strangolate*. Torino, seconda Ediz. 1866.

proprio, dice; « bisogna abbrancare fortemente colle dita di una mano il tumore ernioso al suo collo od alla sua radice, ben contro le pareti addominali: abbrancare con tutta la palma dell'altra mano circondandolo colle dita il tumore nel suo corpo: fare trazioni con quest'ultima sul viscere ernioso, come se si volesse tirare all'infuori dell'addome, trazioni coadiuvate dalle dita dell'altra mano tanto per tirar fuori il collo dell'ernia, quanto per prendere punto di appoggio sulla circonferenza dell'anello strangolante. Nel tempo di queste trazioni praticare movimenti di compressione alternati dalle due mani sul viscere ernioso, come se si volesse scorrere di forza a piccoli tratti qualche corpo entro di un canale vuoto ed a pareti cedevoli; movimenti ondulatori tra le due mani: alternare ancora questi movimenti di ondulazione con movimenti di semi-rotazione sul viscere ernioso, vale a dire, mentre le due mani fanno trazione del viscere all'infuori, continuare questa trazione colla mano superiore e comprimere colla inferiore, sempre ondulando colla superiore la parte inferiore e posteriore del tumore verso l'anello in senso inverso, vale a dire spingendolo verso quest'ultimo, onde viene costituito il movimento di semi-rotazione. Si comprenderà benissimo, che la compressione esercitata dalla mano inferiore sarà specialmente fatta dall'apice delle sue dita, le quali possono più sottilmente spingere il viscere nell'apertura erniosa. Talvolta è pur necessario adoperare la punta del solo indice per far rientrare la parte posteriore del viscere, mentre le altre dita compiono i movimenti di semi-rotazione, e di ondulazione » (p. 119).

Il Prof. Borelli modifica poi la regola generale del taxis, e del taxis forzato, secondo la varia qualità dell'ernia, e cerca di dare regole particolari che possano servir di guida al chirurgo nella sua pratica, considerando egli, che quasi ogni ernia merita speciali manipolazioni e spesso l'ajuto di mezzi accessori che l'arte insegna. Borelli è tanto fiducioso e confidente della riduzione delle ernie strangolate col taxis forzato, quanto è sfiduciato dei risultati della Erniotomia; ed ha ragione, portando innanzi la sua propria esperienza, e mostrando che il taxis al secondo, terzo e fino al sesto giorno di strangolamento, gli è riuscito profittevole, mentre, persa la causa della riduzione incruenta, la Erniotomia su 14 operati gliene tolse 9 che significa più della metà.

Ma questo metodo del Clinico di Torino, il quale, quando fa il taxis pare che operando col tatto vegga proprio coll'occhio lo stato reale dei visceri strangolati, d'onde la sua gran confidenza in questo modo di riduzione, può esser esso facilmente insegnato e trasmesso? Può esser consigliato ai nuovi nell'arte, quando egli stesso dichiara non poterlo mai con parole abbastanza descrivere, e quando afferma essergli riuscito utile dopo molti e molti anni di prove? Se il Borelli può ciò fare, lo potranno fare egualmente i chirurghi tutti? Ciò non essendo, e il metodo male applicato potendo riuscire dannoso, e ritenere con pericolo dal ricorrere nel tempo opportuno all'ultimo compenso che è l'Erniotomia, io, che debbo avviare i nuovi e confermare i pratici nell'esercizio dell'arte loro, non potrei mai raccomandare il taxis forzato, contro il quale sento l'animo indisposto ad accoglierlo con favore. Ammiro la statistica fortunata ch'egli ci ha offerto, lodo l'operatore esperto e valente, ma credo che il solo Prof. Borelli possa darci col taxis forzato così splendidi risultati non confermati da molti esperti clinici e specialmente da Goyand e Gomoz sopra citati.

Una particolare maniera di eseguire il taxis per le ernie strangolate è stata descritta dal Sanson ⁽¹⁾, e forse da altri più vecchi chirurghi a me ignoti, ed è quella, essendo esse di un certo tal qual volume e tolleranti della compressione, di stringerle fortemente alla loro uscita, rendendole peduncolate, e facendole poi respingere nel ventre colla mano di un ajuto. « Se il tumore, dice Sanson, è troppo voluminoso per poterlo abbracciare con una mano sola, il chirurgo applica le sue due mani sui lati della radice o peduncolo dell'ernia ben forte comprimendo, e confida ad un ajuto la cura di spandere i gas e le materie nel tumore, di allungarlo e in fine di vuotarlo e riporlo nell'addome ».

Questo modo speciale di riduzione a quattro mani, possibile per certe ernie strangolate, che, per la loro forma sporgente e pedunculabile ne porgono l'occasione, so che venne pure raccomandato e provato con frutto dal Prof. G. Corradi e fu poi provato pure e commendato dal nostro illustre Prof. Vanzetti di Padova ⁽²⁾. Egli, in una donna di circa 70 anni, che aveva strangolata l'ernia crurale destra, ed alla quale erano riuscite vane le prove del

⁽¹⁾ *Traité des Hernies*. Bruxelles 1858, pag. 54.

⁽²⁾ *Rivista di Med. Chir. e Terapia*. Anno 1871, e *Giornale L'Ippocratico* 1871.

taxis ordinario, stretta l'ernia alla sua radice coi margini ulnari delle sue mani, e resala peduncolare e stirandola fuori, potè permettere ad un assistente di facilmente ridurla, mentre innanzi, come ho detto, coi soliti movimenti della mano che comprimeva il tumore, la riduzione era stata, tentata più volte, impossibile.

Io non voglio negare che in certi casi, e sta alla pratica ed alla prudenza del chirurgo il giudicarli, questo modo consigliato dal Sanson, non possa riuscire utile. Però, quando se ne facesse estesa applicazione, ed ove meno esso fosse applicabile, e quando, per eseguirlo, venisse impiegata molta forza, la qual maniera equivarrebbe al taxis forzato, io allora non potrei consigliarlo. Th. Wise, chirurgo inglese, descrive ⁽¹⁾ un modo di riduzione usato dall'indiani per le ernie strangolate, ed è il seguente; « Mentre io era chirurgo, egli dice, in uno spedale delle Indie, mi fu portato un giovane con un ernia inguinale strangolata. Dopo avere sperimentato senza successo i mezzi ordinari di riduzione, mi disponeva a fare la operazione, allorchè un Mussulmano mi suggerì l'idea di adoperare un processo usitatissimo nel paese e che acconsentì mettere alla prova. Il malato fu posto sopra una tavola: una lunga salvietta piegata a più doppi fu stretta molto fortemente nella parte inferiore dell'addome e i due capi di essa ricondotti davanti, incrociati e portati sulle coste in modo da permettere a due ajuti, uno per parte, di esercitare delle trazioni, per mezzo delle quali respingonsi in alto con questa specie di cintura i visceri addominali. Un terzo ajuto teneva i piedi del malato e li tirava. Così apparecchiato l'infermo operai il taxis e la riduzione fu immediata ». Questo metodo ha somiglianza con quello della gran coppa sul ventre. Il taxis, come tante volte ho detto, e ripetuto, non deve mai sì fattamente maltrattare un ernia strangolata, che poi, resa necessaria la Erniotomia, questa debba esser fatta in condizioni pessime da avviare il povero ernioso, non alla guarigione, ma al sepolcro. Allora sì che le statistiche di questa grave operazione si farebbero infelici e scoraggianti. E qui pongo fine al mio dire su questo argomento. Nella prossima Lezione vi parlerò di un'altra maniera di eseguire il taxis, cioè dello sbrigliamento forzato ed incruento e vi parlerò pure di un pericolo del taxis medesimo, cioè della riduzione in massa delle ernie strangolate.

(1) MONTHLY. *Journal of. Med.* 1852.

LEZIONE UNDECIMA

ERNIE STRANGOLATE; *metodi di riduzione; Metodo del Seutin, lacerazione del cingolo strozzante; ernie ridotte in massa, segni e cura.*

Signori,

Dopo che i chirurghi e i patologi più reputati nell'arte e di maggior fama, si erano dati cura da tanti mai anni di stabilire i modi più razionali del taxis e le indicazioni più precise dell'Erniotomia per l'ernia addominale strangolata, piacque al chirurgo Belga Seutin ⁽¹⁾ di proporre, e per giornali andar proclamando, e da se stesso per quasi tutta l'Europa condursi cantando le lodi di un suo nuovo metodo per ridurre senza taglio le ernie strangolate, sbrigliando e lacerando l'anello strangolante col suo proprio dito indice, quasi fosse il *digitus Dei*.

i. Ecco il metodo. Posto l'ernioso nel modo consueto per il taxis ordinario, e questo provato, il chirurgo col dito indice dell'una o dell'altra mano, cerca l'apertura che ha fatto uscire l'ernia, pigliando la pelle alquanto sotto la stessa apertura, onde il dito non trovi intoppo dovendola rialzare. Egli introduce la punta di esso fra il viscere e l'orifizio erniario, cercando col polpastrello di deprimere l'intestino o l'epiploon, in guisa da poter penetrare lentamente fra esso e l'anello strangolante. Questo tempo della operazione, dice Seutin, come diceva Borelli che consigliava il taxis forzato, richiede *pazienza e perseveranza*, parendo da prima impossibile di compierlo. Ciò fatto, l'operatore piega ad uncino lo stesso dito e con esso esercita

⁽¹⁾ *Journal de Méd. et Chir. de Bruxelles* 1856. Vol. XXII.

sull'anello una forza di trazione tale da romperne alcune fibre. Questa rottura si annunzia con un rumore (*craquement*) sensibile al dito che preme, e qualche volta all'orecchio. Seguitando ad agire sempre col dito oncinato, si distendono i tessuti e si vince la loro naturale elasticità, facendo così cessare l'atto dello strangolamento. Questa operazione può applicarsi all'anello inguinale e ombellicale, e con maggiore difficoltà al colletto femorale e al ligamento del Gimbernat: talvolta conviene impiegare molta forza, e quando col dito non si giunge subito ove è necessario, allora si preme sull'anello fibroso, inclinando lo stesso dito verso l'ernia, finchè non è vinta la resistenza in un tempo più o meno lungo e il dito passi. In questa manovra accade sovente che il dito dell'operatore si stanchi, allora bisogna farsi aiutare dalle dita di uno che sia capace e intelligente per dar mano a quest'atto operatorio; col quale, producendosi lo sfiancamento e la lacerazione del cingolo strozzante, si ottiene, dice Seutin, l'effetto stesso che si otterrebbe colla Erniotomia. Ottenuto il quale, il taxis è facile e pronto.

Con questo metodo, seguita Seutin, la Erniotomia non dovrà *più essere applicata* che in certi casi eccezionali e rarissimi, quali la *cancrena dell'intestino*, le *ernie irreducibili*, e quando il malato si trovasse *in uno stato disperato*. Se Franco, Pareo, Arnaud, Petit, Dionis, Default, Scarpa ec., rialzassero il capo dal sepolcro, quanto griderebbero contro il metodo di Seutin, e quanto non gridano i recenti e savi scrittori che trattano delle ernie e degli strangolamenti erniari!!!

Non avvi metodo più di questo inconveniente, irrazionale e pericoloso, fatto proprio per rovinare quei poveri erniosi che hanno la sventura di aver l'ernia strangolata. Esso, bene esaminato, non è che una maniera di taxis forzato forzatissimo, violento e tale, che ai conoscitori delle alterazioni anatomiche che si compiono quando un viscere, e particolarmente l'intestino, è strangolato e infiammato, fa rizzare i capelli per la temerità colla quale è compiuto. Che un'ernia inguinale, in modo cronico intasata, voluminosa, intestinale o entero-omen-tale, non infiammata, e molte se ne danno nei vecchi da lungo tempo erniosi, trovando ostacolo nell'anello inguinale esterno fibroso, incoraggi a dilatare ed anche a rompere col dito a oncinio l'anello stesso, ciò si comprende, e molti lo fecero

anche fra noi, ed io pure in un caso lo feci con frutto, perchè pare che il caso stesso porti questo metodo, non vedendo altro impedimento organico per la riposizione dell'ernia, che quello costituito da un anello fibroso esterno ben stretto in relazione colla larga e voluminosa massa dei visceri usciti fuori ed intasati. Ma che, per le ernie piccole infiammate, dolenti, intestinali, crurali, e quando sono evidenti i segni dello spasmo e della flogosi, sia permesso col dito indice, prima a puntarolo e poi ad uncino, con forza, ed anche aiutati dalle mani di un assistente, penetrare fra il viscere ed il cingolo strozzante, che vuol dire fra il viscere e l'anello fibroso, senza che uno sappia ove va, come va, ove si trova e ciò che distende e ciò che lacera, questo è quello che i savi cultori dell'arte non potranno mai consentire e che io pure altamente condanno. Infatti questo metodo, che al suo nascere fece tanto rumore, e che fu messo alla prova, invero più dal suo inventore che dagli altri, presto cadde in oblio, appena ora se ne tien conto, e solamente in quelli eccezionalissimi casi dei quali sopra vi ragionai. Ed invero seduceva l'annunzio, dal sentire strombettato dal Seutin ai quattro canti di Europa e da esso portato alle Corti, ai Ministeri, ai Grandi ec., che i chirurghi, col suo metodo nuovo, sicuro e generale per sanare subito lo strangolamento erniario, avrebbero potuto finalmente mettere da parte la Erniotomia, riserbandola soltanto per le ernie *cancrenate*, per le *adese*, e quando l'ernioso si fosse trovato *nello stato il più disperato*.

E non sapeva Seutin, che lo strangolamento acuto è sovente fatto dal colletto del sacco erniario, e questo colletto si addossa e si stringe sul viscere in modo da essere difficile il passo, non dico del dito che sfonda e lacera, ma di un esiguo ferro? Non sapeva egli, che, se in certi casi poteva penetrare subito e facilmente (d'emblée) fra il viscere e l'anello, o non vi era allora vero strangolamento ed acuto, o, se vi era, non era di gran conto, e che tali ernie, lungi dall'esser bisognose della Erniotomia, avrebbero potuto essere rintrodotte col taxis ordinario aiutato da altri miti compensi, senza il bisogno del dito che sfruconasse e rompesse? E non sapeva egli, che, quando si fa la Erniotomia per le ernie *cancrenate*, e la *cancrena* non può sempre esser conosciuta del Chirurgo ad ernia chiusa, ed anche può rimaner dubbioso ad ernia aperta, non si compiono tutti

li atti di questa operazione, e l'operatore si governa in quel modo speciale che è reclamato dalla qualità della alterazione, cioè dalla cancrena? E perchè poi escludere dal suo metodo le ernie adese irreducibili e strangolate, quando lo strangolamento che le coglie, non poteva nè doveva esser sottratto all'applicazione di esso? Nè il chirurgo essendo in grado per segni chiari ed evidenti, di stabilire *a priori*, quando un'ernia è, o non è strangolata dal colletto erniario, o dall'anello fibroso, o da altra maniera di serratura, nè quando è, o non è cancrenata, come potrebbe applicare convenientemente il metodo del chirurgo Belga? Che dire poi del lasciare la Erniotomia a quei disgraziatissimi casi disperati ove l'arte incruenta si arresta, essendo sfuggita ogni speranza di riduzione, quasi l'Erniotomia fosse il più vano e il più infelice di tutti li aiuti per l'ernia strangolata? Ma, su questo metodo del Seutin, piace la savia conclusione del Nélaton ⁽¹⁾, il quale dice « questo metodo ci sembra potere essere applicato in casi veramente eccezionali, e occorrere nuovi e più decisivi fatti per fare adottare una operazione che si trova in molte circostanze in opposizione fragrante con tutto ciò che ha finora insegnato l'anatomia patologica delle ernie strangolate. Seutin, respingendo col suo dito l'ernia nella cavità addominale, si espone evidentemente a tutti li accidenti del taxis forzato, cioè a reintrodurne l'ansa intestinale col suo colletto durando poi lo strangolamento, alla rottura e lacerazione dell'intestino ec. »

Prima di parlare della Erniotomia, che è l'ultima maniera di taxis per ridurre nel ventre le ernie addominali strangolate, permettetemi, o giovani egregi, che io vi tenga parola di un grave accidente che può tener dietro allo strangolamento, nel cercare che si faccia la riduzione incruenta dell'ernia col taxis ordinario e specialmente il violento e forzato, ed è il rientrare dell'ernia tutta *in massa* nell'addome, che vuol dire insieme al sacco, mantenendosi lo strangolamento, quando esso sia prodotto dal colletto del sacco erniario. Questa reintroduzione operatasi in sì fatta maniera, può essere opera tanto dello stesso ernioso che pigia e preme violentemente ed inconsideratamente il tumore ernioso, quanto del chirurgo che sia chiamato a cu-

(1) Loc. cit. T. IV, pag. 263.

rarlo. Ed essendo questa reintroduzione dell'ernia intera stata ammessa dai Clinici e provata dai fatti anatomici, deve in questi disgraziati casi sapere il chirurgo in qual guisa comportarsi per il minor danno dei poveri erniosi, e, potendo, per loro salutar beneficio. Quando, strangolatasi un'ernia, e più particolarmente la inguinale esterna intestinale, se ne opera dal chirurgo o dall'ernioso la violenta riduzione, impiegando in generale molta forza per eseguirla, e premendo sul fondo del tumore; quando l'ernia non è molto voluminosa ed era innanzi riducibile, e si può supporre che lo strangolamento sia fatto dal colletto del sacco erniario, lasciando larghe le aperture aponevrotiche ed il canale fibro-aponevrotico che le diè via; quando, ridotto che sia il tumore ernioso, seguitano i fenomeni dello strangolamento medesimo, e nel ventre e prossimamente ov'era l'ernia, si fa sentire lo stesso tumore, teso, duro, dolente, allora può essere avvenuta la riposizione *in massa*, cioè l'ernia col suo proprio sacco, forzatamente compressa, può essersi reintrodotta nel ventre senza che lo strangolamento si sia sciolto, anzi persistendo come prima era, ed il tumore pigliando più spesso posto fra il peritoneo parietale e la fascia trasversa sui muscoli larghi addominali, da rendersi sensibile alla mano del chirurgo che ne va in traccia.

Questa riduzione apparente, o falsa riduzione, che mette il malato ed il chirurgo nella maggiore trepidazione, può essere *incompleta* o *completa*; può esser *semplice* o *complicata*, e le complicanze possono intravvenire, sia per deviazione del tumore ernioso dalla sua più ordinaria sede (nella escavazione della pelvi p. e.), sia per distacco dell'anello peritoneale (Richet), e di esso col fibroso (Laugier), sia per rottura e lacerazione del sacco erniario ec.

La riduzione in massa delle ernie strangolate fu la prima volta osservata e descritta da Ledran nel passato secolo ⁽¹⁾,

(1) *Observations de chirurgie Paris 1731 vol. 2º. Observ. LVIII* (Nota).

(Nota) Ecco la istoria quale ci viene descritta da Le Dran nel luogo citato.

« Questa osservazione varrà a porre in chiaro una verità riguardante lo strozzamento delle ernie, e della quale li autori, se mal non mi avviso, non hanno fin qui parlato ».

« Nel 5 di marzo del 1726 fui ricercato per visitare un cocchiere, il quale mi disse, che da otto giorni era in preda a gravi dolori dell'addome, e che essi avevano

poi confermata da Arnaud con nuovi fatti ⁽¹⁾ ed indi avvalorata dalle pratiche osservazioni di Vacher e La Faye. Louis la combattè aspramente, negando la possibilità del fatto, e

avuto principio da una discesa (ernia), a cui era soggetto e che teneva ridotta con brachiere, la quale gli era stata fatta risalire 24 ore innanzi, e, quantunque fosse stato due volte salassato, gli duravano tuttavia dolori eccessivi e vomito continuo.

« Il signor Arnaud, che aveva fatta la riduzione dell'ernia, vedendo continuare li accidenti dello strangolamento, si era determinato di fare inghiottire all'infermo 5 o 6 oncie di argento vivo (mercurio), persuaso che in conseguenza della infiammazione si fosse fatto un volvulo, e che la ostinazione dei fenomeni ne potesse essere un effetto. Ma siccome dal mercurio non si ebbe alcun vantaggio, e sempre le evacuazioni erano soppresses, nè giovò un clistere di decozione di foglie di tabacco, il malato e li astanti erano in grande trepidazione.

« Esaminato il malato lo trovai quasi senza polsi e si poteva dir moribondo. Il tumore all'inguine (l'ernia era inguinale) più non si vedeva ed altro non sentivasi, ove innanzi era l'ernia, che una cavità. Il ligamento del Poupart erasi talmente rigonfiato, che sotto vi si potevano nascondere ben quattro dita.

« Risovvenendomi dello strozzamento prodotto dalla bocca del sacco, pensai che la continuazione dei sintomi, che non si erano potuti calmare, non da altro potesse provenire, che dallo intestino, il quale, sebbene ridotto nella pancia, essendo tuttavia stretto alla bocca del sacco, e collo strozzamento essendo rientrato, si mantenessero per questo i dolori ed il vomito, ed il povero malato si trovasse in così mal punto. Onde non screditare una operazione io non volli proporla, e il malato nella notte morì.

« Desideroso di vedere se io mi fossi apposto al vero, intorno alla causa della morte di quel disgraziato, chiesi, e, non senza gran pena, potei ottenere di aprire il di lui cadavere, non per compiacere che altri facesse al mio scientifico desiderio, ma per conoscere quali danni avesse potuto apportare l'argento vivo dato dall'Arnaud.

« Invitato all'apertura del corpo anche il detto signore Arnaud, egli mi disse, che, riponendo quell'ernia, non aveva sentito quel gorgoglio, che sovente l'intestino fa quando rientra nella pancia, e che era sembrato, che tutte le parti, nelle quali l'intestino era raccolto, fossero insieme con esso rientrate, passando tutte in un gruppo come una palla da giuoco.

« L'apertura del corpo verificò tutto quello che io aveva detto e pensato. Trovai nel basso-ventre la sacca erniaria avente tre pollici di profondità e circa otto di circonferenza. In questa sacca vedevasi ancor chiuso un mezzo palmo d'intestino digiuno. Comprimendo a mano piena detta sacca, voleva tentare di fare uscire l'intestino tirandolo anche per un dei capi, ma fu malagevole ad ottenersi, essendo grande lo stringimento della bocca della sacca, nè potei venirne a capo se non col mezzo delle forbici, colle quali tagliai quel cingolo resistente, il quale non avrebbe mai, in quel modo stretto, permesso al chirurgo di scioglierlo col taxis. Tutta la porzione del digiuno sopra lo strangolamento era dilatatissima e piena di liquido e di mercurio, e per la infiammazione che aveva sofferto, era pure ingrossata: la stessa porzione del mesenterio corrispondente all'intestino strozzato, era ingrossata, i suoi vasellini pregni di sangue e pur essi dilatati.

« Ledran, fatte alcune considerazioni sul caso ch'egli descrive, per condursi a distinguere, quando i dolori, i vomiti ed i segni tutti dello strangolamento sono pro-

(¹) *Traité des hernies*. Paris 1749, pag. 76 e 77.

quindi la dottrina che se ne dava per spiegarlo ⁽¹⁾. Contro il Louis, e per difendere la realtà della riduzione in massa delle ernie strangolate, ne scrissero vittoriosamente il Richter ⁽²⁾, J. Cloquet ⁽³⁾, lo Scarpa ⁽⁴⁾, Ch. Bell ⁽⁵⁾, e più che altri (Green Cooper, Brenner), il Luke colle sue splendide letture alla Società Reale di Londra, le quali furono accolte con plauso e rese note nei Giornali di Chirurgia ⁽⁶⁾. Il Dupuytren nelle sue Lezioni orali (Leçon XIX. Paris 1846, 2.^{me} édit.) aveva, prima del Luke, difesa al pari di Arnaud, e dimostrata la verità pratica di questa particolar riduzione delle ernie strangolate, indicati i segni più dimostrativi per riconoscerle, i provvedimenti necessari per curarle. Ed anche il Demaux ⁽⁷⁾ aveva pure, non solo dimostrata la possibilità di queste riduzioni, ma distinte esse in quelle spontanee (Dupuytren ne cita una), in quelle prodotte dal taxis, ed in quelle che accadono durante la Erniotomia, ove la riposizione è apparente e non vera, e, fatta che sia, continua pure lo strangolamento con i segni suoi propri.

dotti da infiammazione, da volvulo o da serramento del colletto dell'intestino rientrato col sacco, seguita dicendo;

« Se finalmente la causa dei persistenti segni di chiusura intestinale, sarà alla bocca della sacca erniaria rientrata coll'intestino, allora si potrà conoscere, o dal cavo che resta e si sente sotto il ligamento crurale, o dall'anello largo, o dalla maniera colla quale l'ernia si ridusse, e quando nell'atto della riduzione mancò il gorgoglio che è il vero segno che l'intestino, sia rientrato solo. E ragionando egli poi della cura di questa riposizione dell'ernia strangolata insieme al sacco, così dice;

« Nel terzo caso poi (che è quello della istoria), bisogna fare nel luogo ove trovavasi l'ernia una incisione, e, dilatato l'anello, tagliare il ligamento (credo l'arco curale), per trar fuori conseguentemente, o con due dita o con una molletta, la sacca erniaria, aprirla, allargare la sua bocca e ridurre l'intestino (si possono dare precetti più precisi?). Ciò non dovrebbe essere malagevole per la non troppa lontananza di quella (sacca), essendo in parte fatta dalla porzione del peritoneo che veste la parete interna del bacino ». Poi Ledran passa a discorrere, in mezzo a queste considerazioni, della legatura dell'ernia sciolta inguinale e crurale, e per la inguinale della convenienza della semi-castrazione!!!

⁽¹⁾ *Mém. de l'Acad. de Chir. T. III, pag. 55.*

⁽²⁾ *Programma in quo demonstratur herniam una cum sacco reponi per anulum abdominalem posse, contra Chir. Clar. Gallum Louis. Gottingae 1777.*

⁽³⁾ *Thèse 1817 3 partie.*

⁽⁴⁾ *Sulle Ernie. Mem. I, pag. 21, Pavia 1819.*

⁽⁵⁾ *London Med. Journal 1828.*

⁽⁶⁾ *Medical Chir. Transactions. London 1843, T. XXVI, pag. 169.*

⁽⁷⁾ *Recherches sur l'évolution du sac herniaire. Annales de Chirurg. française 1842, n.º 19.*

Il Thiale poi nel suo libro sull'ernia addominale ⁽¹⁾, dava primo una statistica di 26 casi di ernie strangolate riposte intere col sacco, e di altri simili casi ne tennero poi pubblico conto lo Scriba ⁽²⁾, lo Streubel ⁽³⁾, e quindi, insieme a tutti i Trattatisti di Chirurgia, ne parlarono pure il Michtl ⁽⁴⁾, il Castolain ⁽⁵⁾ ed altri.

Però niun lavoro su questo importante argomento, contrastato e difeso, vince, che io mi sappia, quello recentissimo del Dott. Turati di Milano ⁽⁶⁾; il quale, con una erudizione degna di lode, con savia critica, colla istoria di fatti nuovi accuratamente esposti, e coll'aiuto delle più reputate dottrine patologiche e cliniche, ha saputo far dono all'Italia di un trattato completo su questo proposito, del quale mi giova valermi nella lezione che ora vi porgo.

La riposizione in massa delle ernie strangolate è dunque oramai un fatto positivo, guadagnato alla scienza patologica ed all'arte chirurgica. E quantunque, pure in questi ultimi tempi, dopo tante prove addotte, e dopo tante operazioni fatte per rimediare a questo grave accidente, e molte di esse riuscite a bene, si sia da Berkett ⁽⁷⁾ e da Borelli ⁽⁸⁾ rimesso di nuovo fuori il dubbio del Louis, che la riduzione in massa sia cosa più apparente che vera, ciò che altamente fa maravigliare: tenete per fermo, o Signori, che questa maniera di riposizione è provata e molte volte provata con li esempi clinici, colle resultanze delle operazioni cruenta e con le osservazioni anatomico-patologiche; che cioè, un'ernia strangolata può essere respinta in massa col suo proprio sacco oltre il canale e l'anello interno, durando sempre lo strangolamento che promosse l'atto della reintroduzione. Che se vero è, ed è verissimo, che a queste ricerche cliniche sull'ernie riducibili in massa, abbia dato re-

⁽¹⁾ *A practical treatise of abdominal hernia.* London 1846.

⁽²⁾ Dissertazione inaugurale. Giassen 1853.

⁽³⁾ *Über die scheinreductionen bei hernien und ins besondere bei eingeklemmten Hernien.* Leipzig 1864.

⁽⁴⁾ *Réduction en masse des hernies étranglées.* Thèse n. 70. Paris.

⁽⁵⁾ *De la reduction en masse des hernies.* Bulletin. Méd. du Nord de la France. Juin 1872.

⁽⁶⁾ Di alcuni accidenti del taxis nella riduzione delle ernie strozzate. Annali universali di Medicina. Milano, An. LVIII, 1872, fas. 658-659.

⁽⁷⁾ *Of strangulated oblique inguinal hernia,* Med. Chir. Transactions 1859.

⁽⁸⁾ *Oper. oit.* Torino 1866.

cente impulso la Chirurgia inglese come attesta il Turati (p. 79), non è men vero, che l'Arnaud, difensore della riduzione in massa dell'ernia strangolata, essendo stato condannato dai Tribunali francesi per crimine, si salvò dalla pena rifugiandosi in Inghilterra, ove visse molti anni, pubblicò ed ivi diffuse le sue dottrine sulle ernie, le quali furono accolte con plauso dai chirurghi britanni, e difese pure, e provò coi fatti la possibilità della riduzione in massa dell'ernia strangolata che fosse dal colletto del sacco erniario. Quindi è probabile che i chirurghi e patologi inglesi pigliassero norma dalle dottrine in Inghilterra propagate dall'Arnaud, sulle quali poi s'informarono le classiche opere sulle ernie del Cooper, del Lawrance ec. Quindi la gloria di questi primi studi sulla riduzione in massa delle ernie strangolate, apparterrebbe sempre alla classica scuola chirurgica francese, che, nel passato secolo, fu tanto operosa nel far progredire lo studio delle ernie e della Erniotomia.

Ammesso pertanto, che certe ernie strangolate specialmente dal colletto del sacco erniario, possano, o spontaneamente, ciò che è raro, o dal malato, o dal chirurgo essere ridotte forzatamente, e rientrare a un tratto col sacco oltre l'anello fibroso interno, e annidarsi fra il peritoneo e la fascia trasversa sui muscoli larghi dell'addome, durando sempre lo strangolamento, si deve ricercare ;

1.^o Quali sono le ernie che più delle altre vanno soggette a questa maniera di riduzione ?

2.^o Perchè così rientrano, e come e dove ?

3.^o Quali debbono essere i compensi che il chirurgo può mettere in opera per tentare di vincere questo grave accidente del taxis ?

E prima di tutto debbo avvertire, che, quando l'ernia è rientrata in massa, o si possono adoperare mezzi incruenti per farla riuscir fuori, e dei quali solamente andrò qui ragionando; o si può ricorrere al soccorso di una operazione cruenta, della quale terrò proposito trattando della Erniotomia.

4. Fra le ernie strangolate che possono rientrare intiere col sacco durante il taxis violento e forzato, quelle che vi sono più soggette delle altre, sono le inguinali oblique esterne volgari. E questo avviene, sia perchè la loro frequenza è maggiore in confronto delle altre ernie tutte addominali, sia perchè in esse

lo strangolamento si fa soventi volte dal colletto del sacco erniario che è condizione indispensabile, sia ancora perchè tali ernie inguinali, potendo esser congenite, ed il sacco loro dovendo esser formato dalla vaginal propria del testicolo che ha deboli aderenze colle parti vicine, per queste ragioni le ernie inguinali trovano più delle altre agevole la via a ritornare intiere nell'addome, e ritornarvi a un tratto, dando apparenza di salutare riposizione.

Nè sarebbe fuor di proposito il pensare, che quelli erniosi che hanno da qualche tempo l'ernia inguinale esterna, e che tengono il cinto premente soltanto sull'anello inguinale esterno e non sul canale, permettendo ai visceri di penetrare nel principio del canale stesso premendolo e slargandolo, favorissero e preparassero una condizione propizia, perchè l'ernia, strangolata che si fosse al colletto del sacco, più facilmente si potesse ridurre col sacco stesso. E che realmente fra i due orifizi del canale inguinale, quando nei vecchi erniosi questo canale non si è ancora ridotto ad anello, si possa come in una seconda sacca raccogliere l'ernia, ce lo mostra il fatto, e lo noterò in seguito, che l'operatore nel fare la Erniotomia, creda talvolta di avere sbrigliata e ridotta compiutamente l'ernia, quando, o lo sbrigliamento non fu fatto nel luogo opportuno, o se fu fatto fu insufficiente e l'ernia non fu riposta a dovere nel gran sacco peritoneale, ma bensì avviluppata arruotolata e sovente sempre strangolata, fu innicchiata nella parte più alta e profonda del canale fra i due orifizi; e ciò perchè, fra questi due orifizi, il sacco presentava, o primitivo o secondario, uno slargamento, quasi avesse due sacche, una fuori ed una dentro il canale, ed in questa appunto l'ernia si fosse raccolta senza essere realmente ridotta. Anche le ernie crurali possono esser soggette a questa special maniera di riduzione totale o parziale, e già parecchi esempi sono stati ricordati dai chirurghi per mettere il fatto in chiara luce.

Sono poi apparecchiate a questa riduzione in massa, e in parte lo accennai già, più facilmente le ernie piccole o di mediocre volume, quelle tese e resistenti, le intestinali o enteroepiploiche, le acutamente strangolate, quelle che possono essere un po' traslocabili dal basso all'alto, quelle che hanno largo canale dal quale passarono, le dolenti, le ernie nelle quali lo

strangolamento si può ragionevolmente sospettare sia operato dal colletto del sacco erniario, e finalmente quelle, sulle quali, da mani inesperte, o dallo stesso chirurgo, furono fatte forti pigiature e non ben dirette, spingendo il fondo del tumore ernioso, senza sostenere il sacco alla radice dell'ernia, e senza condurlo un po' più fuori, quando il viscere premendo ai lati del tumore ernioso si cerca di ricondarlo libero nella cavità addominale.

B. Ed è appunto per queste poco adatte, poco diligenti e mal dirette pressioni che si fanno sull'ernia strangolata, lasciando da parte il caso eccezionale della spontanea riduzione in massa notata dal Dupuytren, che tale riduzione si effettua con gravissimo danno dell'infermo; il quale, avendo prima un male esterno e fuori del ventre, e che avrebbe potuto essere curato dal chirurgo avendolo sotto i suoi propri occhi, bisogna poi, quando l'ernia per miracolo non ridiscenda, andarla a ritrovare e, quasi si può dire, a riacchiappare dentro l'addome, onde, con uno sforzo dell'arte, provvedere affinchè possa esser tolto lo strangolamento fatto dal colletto del sacco; il quale strangolamento per l'istantanea completa reintroduzione dell'ernia, si mantiene, e mantenendosi minaccia la vita del povero ernioso allora colpito doppiamente dalla sventura. E quanto al *come* e al *dove* questa riposizione in massa si compia, dopo le cose tutte che io sono andato esponendo, mi piace rispondere presso a poco con le parole stesse del Dottore Turati (1), perchè mi pare con esse che la pittura sia esatta e vera. « Nell'atto del taxis, egli scrive, quando accade la riduzione in massa, l'ansa intestinale strozzata non rientra nella cavità addominale, ma viene respinta con violenza in un col sacco dietro l'anello, fra il peritoneo parietale che si distacca e la fascia trasversale. La riduzione pertanto non è che apparente, imperciocchè il viscere ernioso rimane tuttavia strozzato nel grado stesso e per la stessa causa esistente prima dello spostamento. « La retrocessione del collo del sacco costituisce il fatto fondamentale della riduzione in massa; il collo che corrisponde all'anello fibroso si sposta, e, spinto dal basso all'alto, retrocede; le due aperture, vale a dire l'orifizio del sacco e

(1) Opera cit. pag. 80.

l'anello fibroso, che erano contigui, perdono questo loro rapporto, approfondandosi e portandosi all'interno il primo, mentre l'altro non subisce alcuna dislocazione. Questa retrocessione del collo non può aver luogo senza il distacco contemporaneo del peritoneo parietale circostante all'anello col quale è continuo, e senza il contemporaneo spostamento del sacco erniario. Per tale movimento all'indietro si forma nella cavità addominale, in corrispondenza dell'apertura erniaria, un cono, l'apice del quale guarda il cavo peritoneale ed è costituito dal collo del sacco che tiene stretta l'ansa intestinale, mentre la base o il fondo corrisponde all'orifizio superiore del tragitto erniario. Ove la pressione venga continuata, allora il cono va diventando ognor più saliente e si allunga, fino a che d'un tratto il tumore dell'ernia abbandona interamente e in massa il tragitto erniario, sfuggendo dall'anello interno e situandosi al di dietro di quella apertura ».

« In così fatta repulsione quella porzione del peritoneo, che si è distaccata e che è continua da un lato nel foglio parietale rimasto aderente, e dall'altro col sacco erniario, si addossa a quest'ultimo. Ne deriva quindi che l'ernia rientrata col proprio sacco e circondata dal tessuto cellulare sotto-peritoneale dislocato, trovasi ricoperta da una seconda lamina del peritoneo. Da ciò ne consegue, che per arrivare al sacco mediante un taglio delle pareti del ventre, sarebbe gioco-forza incidere due volte il peritoneo, oppure distaccare come si suole nell'allacciatura dell'iliaca esterna, il foglio parietale per poi respingerlo in alto ed all'interno. L'ernia che ha respinto il peritoneo smagliando e lacerando le connessioni cellulari di quella parte della sierosa che sta vicino all'anello, abbandonando il tragitto erniario, non viene punto a cadere nella cavità addominale e neppure si allontana d'assai dall'apertura fibrosa. E per vero la dislocazione fibrosa trova un limite nella cessazione della causa di propulsione e nelle aderenze; le quali si fanno stipate di mano in mano che il peritoneo si reca verso la linea mediana o ascende sulla parte ventrale. Gli è il peritoneo parietale, che colle sue aderenze sostiene l'ernia, il sacco della quale gli è continuo: il fondo poi del sacco stesso viene quasi sempre trattenuto contro l'apertura erniaria, e, se mai se ne scosta, questo allontanamento non suole essere conside-

revole. Codesti rapporti rendonsi più immediati nella stazione del paziente e nell'abbassamento del diafragma. Il tumore dell'ernia riposto in massa nell'addome, sta collocato nella fossa iliaca al di fuori del peritoneo, occupando lo spazio anormalmente formatosi tra il peritoneo parietale e la fascia trasversale. Esso, avvegnachè talora alquanto mobile, suol trovarsi col proprio fondo applicato di contro all'apertura erniaria: dentro il suo orifizio stretto e serrato si approfondano i due capi dell'intestino per formare un'ansa nella cavità del sacco. Gli è all'orifizio, ossia al collo, che l'intestino appare strangolato e talvolta cancrenato; dei suoi due capi, il superiore mostrasi molto disteso da materie raccolte, mentre l'inferiore è flaccido, semi-vuoto. In questi rapporti se si esplora la fossa iliaca attraverso la parete del ventre, non riuscirà difficile sentire un tumore circoscritto, costituito dall'ernia respinta, il quale anzi non rade volte forma prominenza anche all'esterno, sollevando la stessa parete dell'addome. Se quindi si esamina il tragitto erniario lo si trova dilatato e libero: in corrispondenza per altro dell'anello addominale si avverte il fondo del sacco teso, elastico, tondeggiante (riduzione in massa completa e totale). Tal fiata una parte più o meno estesa del fondo del sacco sporge dall'anello superiore e occupa ancora il tragitto erniario (riduzione in massa incompleta o parziale) ».

« Se non che il sacco erniario non sempre conserva colla apertura erniaria e colla fossa iliaca i rapporti or ora indicati, e che chiameremo *prototipi* della lesione ».

« Infatti l'ernia tal fiata si sposta in un grado maggiore, recandosi più in alto o più all'in basso, oppure più a destra o più a sinistra: di maniera che allora il sacco non giunge più a corrispondere col suo fondo all'anello fibroso, ma bensì invece con altro segmento della sua circonferenza. Codeste deviazioni, giova notare, quantunque accompagnate da corrispondente inclinazione del collo del sacco, non alterano tuttavia gran fatto la condizione anatomico-patologica della lesione, di cui non vogliono essere considerate che quali semplici varietà ».

Questa è l'anatomia-patologica dell'ernia ridotta in massa, quale ci viene accuratamente esposta dal chiarissimo Dottor Turati.

L'ernia poi, come egli stesso avverte, può spostarsi verso la spina iliaca (Arnaud, Grüber, Nélaton, Larquet), verso la vescica e sopra di essa (Eacher, Sanson), al margine interno del muscolo psoas (Textor), o sulla eminenza ileo-pettinea e la vescica (Cooper). In un caso descritto da Richet, distaccatosi dal sacco l'anello strangolante, l'ernia erasi spinta nell'addome lungi dall'apertura erniaria tanto, che, neppure operando, fu possibile ritrovarla nel malato. Questi spostamenti diversi dalli ordinari, possono dipendere, dalla direzione del canale erniario, dalle aderenze preesistenti, dalla direzione e dal grado della forza impiegata nel ridur l'ernia, dalle alterazioni per flogosi e per compressione avvenute durante lo strangolamento, e da cause accidentali (briglie), le quali non possono essere chiaramente indicate. Può anche avvenire, e l'osservazione clinica e poi cadaverica lo ha mostrato ai chirurghi, che il sacco si sfianchi e si distenda a modo di ampolla all'orifizio interno, e dia luogo ad una borsa nuova fra il peritoneo parietale e la fascia trasversa (Cooper); può succedere che il sacco stesso, rientrando, si rompa e si squarci al suo colletto e l'ernia, sempre strangolata, vi scorra in parte e passi per la stracciatura; che respingendo a forza un'ernia inguinale, questa s'insinui, strangolata sempre, fra il muscolo trasverso e la fascia trasversa, ivi si annicchi, qualora sia piccola, e paia veramente ridotta (Veiel, Hartung, Richet). Può pure succedere, che, oltre la rottura del sacco erniario, avvenga pur quella della fascia trasversa e del peritoneo che vi corrisponde, di guisa che, durante sempre lo strangolamento, i visceri erniosi possano essere per la massima parte ridotti realmente nella cavità addominale, ed un esempio siffatto e rarissimo lo mostra nel suo libro, che io raccomando sempre alla vostra attenzione, il medesimo Dott. Turati nella Parte III e al Capitolo II (pag. 249), ove tratta di una seconda varietà di riduzione in massa delle ernie strangolate. E narra pure, come talvolta il collo del sacco erniario venga strappato dal suo corpo e respinto oltre l'apertura erniaria insieme al foglietto parietale del peritoneo con cui è continuo, in guisa da formare una sacca nuova fra il collo stesso e l'interna apertura erniaria (Hulke), e finalmente ragiona egli del distacco completo del corpo del sacco, restando il peritoneo nella sua sede normale, ed il tumore ernioso essendo

per necessità trasportato nel ventre fra le intestina coll'ernia strangolata sempre (Duchaussoy, Laugier).

Ecco in quali e quanti modi può farsi questa riduzione in massa, e come in generale, riducendo col taxis forzato e violento le ernie strangolate, si possono produrre alterazioni gravissime e tali, che il chirurgo non può antivedere facilmente, nè a queste facilmente provvedere, qualora non lo aiuti un fortunato atto operatorio.

Discorrendo della cura chirurgica della riduzione in massa delle ernie strangolate, bisogna soltanto pigliar di mira quella più consueta riduzione di esse, la quale compiesi con quei segni dei quali ho dato sopra un piccol cenno, giacchè non sarebbe possibile, col solo aiuto della semiotica, di entrare a fare utili considerazioni e pratiche intorno alle varietà anatomico-patologiche di questa stessa riduzione in massa, e del modo col quale le ernie stesse, respinte col taxis, si possono accomodare nella cavità del ventre.

C. Dirò ora della cura che può tentare il chirurgo quando si sia persuaso che un'ernia strangolata è rientrata col sacco nell'addome, e prima ch'egli si risolva ad operare col taglio, sia per andare a cercarla ove si trova, sia, trovata ch'ei l'abbia, per sciogliere lo strangolamento.

Quando dunque succeda al chirurgo di riporre un'ernia in massa, a un tratto, senza gorgoglio, nè resti traccia alcuna del tumore ernioso e del sacco, e quando per riporlo adoperò una forza superiore al bisogno, oppure questa riduzione violenta fu fatta dal malato stesso, o da altra ignorante caritatevol persona, bisogna, quanto più può, ch'ei si assicuri della realtà del fatto. E può dubitarne e ragionevolmente presumerlo, allorchè egli stesso ne operò la riduzione con i segni che la rappresentano, e allorchè si vide repentinamente sfuggire di mano il tumore ernioso nel momento che lo pressava onde rientrasse. Se poi il canale ernioso riman largo, come sopra accennai; se manca ogni traccia di sacco; se lo strangolamento si poteva supporre che fosse fatto del colletto erniario sieroso; se l'ernia si poteva un poco muovere di alto in basso ed era di mediocre volume, inguinale, essenzialmente e solamente dell'intestino; se, messa in rilasciamento la parete anteriore del ventre con adatta posizione, facendo piegare le

gambe sulle cosce e queste, divaricate, sul bacino, si sente, sopra l'anello interno, un tumore teso, duro, dolente, che, taluna volta, oltre a poterlo sentire, si può anche veder a far rialzo; se finalmente, e questo è il segno più essenziale, fatta che sia la reintroduzione dell'ernia, seguitano persistono e si aggravano i segni tutti dello strangolamento, allora è fuor di dubbio che l'ernia strangolata si è ridotta in massa. La quale reintroduzione, se fu operata dal chirurgo, forse talvolta poteva essere prevenuta, quando fossero state studiate bene quelle speciali condizioni locali del tumore e delle parti vicine che la favoriscono, e, quando, essendo manifeste queste medesime condizioni, avesse il chirurgo stesso usata quella prudenza e quella cautela e dirò anche quella esperienza pratica nell'eseguire il taxis, che in simiglianti casi si rende tanto necessaria. Ma, essendo chiarita dal fatto la reintroduzione in massa della ernia strangolata, ed i segni tutti manifestandola, che può fare il chirurgo prima di consigliare ed eseguire la Erniotomia in questo stato dell'infermo? Egli deve studiarsi di fare in modo, usando particolari cure e suggerimenti, che l'ernia riesca fuori, e, d'interna che si era fatta, ritorni esterna nella sua primitiva sede, ciò che in pratica è disgraziatamente molto raro cho avvenga. Pure lo deve tentare, e, per tentarlo deve obbligare il malato a mettersi in piedi od in ginocchio sul proprio letto, e in questa posizione fargli far qualche sforzo come di tossire, o fargli far l'atto dello starnutire, tenere il respiro e spingere giù a modo di partoriente, affinchè quel che è dentro riesca fuori. Bisogna che il malato faccia presso a poco quello che farebbe per diventare ernioso, e lo faccia in un tempo assai breve.

Se l'ernia ricala nè lo impedisce, nei casi siffatti, il suo volume grande rispetto all'anello interno fibroso piccolo che ha soverchiato e nel quale la interna forza non è potente a ricacciarlo, allora, non riprovare il taxis con maggior cautela e come lo consiglierebbero Schmidt, Streubel, Velles, Verner ed altri, ma bensì passar subito alla Erniotomia, quasichè la reintroduzione in massa non fosse avvenuta. Non riprovare il taxis, anche che si faccia rotatorio, e tenendo fermo colle dita il cingolo strozzante, e lo strangolamento sia recente, non molto acuto, e il malato tollerì il maneggiamento e la com-

pressione del tumore. La reintroduzione in massa di un'ernia strangolata è atto troppo pauroso, perchè il chirurgo debba esporsi ad una seconda prova e al pericolo di nuovamente cimentarla. Accettate vi prego il consiglio che io vi porgo, di eseguire la Erniotomia quando avete avuta la fortuna che l'ernia sia ridiscesa in massa, e collo sbrigliamento cruento togliete l'ostacolo che si oppone alla libera e vera riduzione di essa nel ventre.

Quando poi l'ernia rientrata in massa non ricali, e resti o in parte o in totalità ove le pressioni sovr'essa fatte l'hanno condotta, e in generale oltre il canale erniario, in questo disgraziato caso è necessario che il chirurgo cerchi colla Erniotomia, e dirò poi in qual modo debba esser fatta, di andare in traccia di essa, e, o con i suoi ferri ricondurla fuori, o, non potendo e trovandola, sbrigliarla ove si è annidata, onde l'arte possa fare i suoi ultimi sforzi per salvare l'ernioso da una morte quasi sicura.

Fin qui del metodo del Seutin e della riduzione in massa dell'ernie strangolate.

LEZIONE DUODECIMA

ERNIOTOMIA. — *Sua istoria ed istrumenti proposti ed usati per eseguirla.*

Signori,

L'ultimo ed il più grave mezzo di cura, al quale il chirurgo possa appigliarsi per soccorrere un povero ernioso che abbia strangolata l'ernia addominale, e quello che l'arte insegna e raccomanda, quando li altri adoperati furono infruttuosi e non valsero a riporla libera e sciolta nel ventre, è la *Erniotomia*, o per dir meglio lo *sbrigliamento* del cingolo che strozza, poichè l'ernia, rappresentata essenzialmente dal viscere uscito fuori, lungi dall'essere incisa in questa delicata operazione e difficile, deve essere rispettata da qualunque siasi offesa con ogni maggiore possibile cautela.

Trattando questo vasto argomento di pratica chirurgica, al quale, fino da remoto tempo, posero mano li uomini di maggior grido nell'arte, io lo dividerò in tre principali parti, le quali mi pajono indicate per loro stesse quando si sia posto mente all'ordine di queste Lezioni. La 1.^a sarà relativa alla istoria di questa operazione per quelli che amano siffatti eruditi studi; la 2.^a comprenderà la descrizione esatta dell'atto operatorio e dei necessari istrumenti per compierlo, allorchè esso proceda nel modo più semplice e regolare; la 3.^a piglierà di mira e descriverà tutti quelli accidenti che possono intravvenire, sia per parte del chirurgo che opera, sia per lo stato speciale in cui può trovarsi l'ernia, e per i quali si rendono necessari particolari provvedimenti e modificazioni all'atto consueto della operazione.

h. La Erniotomia, al pari di altre operazioni che si compiono per mali complessi e complicati, fra i quali appunto conviene siano portati i nostri ferri, è sempre circondata da molte e spesso improvvise difficoltà; è per sua natura delicatissima,

dovendo aver noi grande attenzione di non offendere i visceri che fanno ernia, onde poterli intatti e interi riporre nel ventre. Di più dovendo pur noi dai segni locali e generali giudicare presumibilmente delle condizioni dell'ernia a tumore ernioso chiuso, si può spesso cadere in errore e il fatto farci vedere diversamente da quello che avevamo innanzi giudicato, sia rispetto alla qualità dei visceri strangolati, sia rispetto al modo ed al grado dello strangolamento e su tutto ciò che intrinsecamente al male si appartiene. Per questo Petit, quando era per operare un ernia addominale strangolata, soleva dire, *che non sapeva quello che andava a fare*; e Vidal aggiunge, che, facendo la Erniotomia, *l'imprevisto è sempre là che ci aspetta*. Se i sintomi del male fossero sempre in relazione delle alterazioni che ce lo rappresentano, il Clinico e l'operatore meno si affannerebbero. Ma incontrando nella pratica spesso il contrario, e già lo avvertiva Steidele (¹), bisogna che chi opera sia molto esperto in questa operazione, e sia maestro in anatomia e in tutto ciò che spetta alla patologia delle ernie e delle strangolate, ciò che si acquista collo studio e colla lunga esperienza.

A. Istoria della Erniotomia (²).

Leggendo alcuni libri moderni di Chirurgia, ove è trattato l'argomento importante delle ernie strangolate e della Ernioto-

(¹) SAMUEL von Berbach. B. II, §. 175.

(²) Questa parte istorica, la quale può essere tralasciata senza ritegno e con frutto in un Trattato di Medicina Operatoria che debba servire ad avviare i nuovi allo studio delle operazioni chirurgiche e ad insegnare soltanto tutto ciò che può essere utile per il pratico esercizio dell'arte, come io dimostrai già, e sono molti anni, in un mio lavoro messo al pubblico su questo argomento (*), non potrebbe qui esser posta da parte senza colpa, sia perchè è richiesta dall'indole di queste Lezioni, sia perchè, discorrendo di una malattia speciale con tanta diffusione e dei mezzi tutti adoperati per portarvi riparo, bisogna necessariamente comprendere quello tutto che fu fatto e che ad essa si riferisce ed appartiene. — Negare d'altronde la utilità assoluta degli studi storici della Medicina e della Chirurgia, e di qualunque siasi scienza od arte, (nè alcuno l'oserebbe), sarebbe lo stesso che rifiutare a noi medesimi la conoscenza dei progressi seguiti dallo spirito umano per discoprire il vero ed il buono. E sarebbe poi una manifesta ingratitudine nostra verso i nostri maggiori, i quali tanto si affaticarono per avviarci al punto a cui ora ci siamo condotti, dandosi essi cura di combattere via via errori che si mettevano innanzi, e procurando di confermare e proclamare quelle verità che ora ci spingono a ben fare, e che sono il timone che governa la nostra piccioletta barca nell'immenso e smisurato mare del sapere.

(*) BURCI C. *Della necessità di rendere più semplice l'insegnamento delle Operazioni Chirurgiche*. Giornale Medico il Progresso, An. 2.º N.º 10. — Gazzetta Med. Italiana Federativa. N.º 3 e 9, 1850.

mia, si crederebbe che Celso sia stato il primo a insegnare la cura delle medesime col mezzo dello sbrigliamento, e ch'egli per farlo adoperasse un istrumento dilatatore da esso chiamato *corvo* perchè simigliante al becco di quell'animale. Guai però a chi scrivendo la istoria non verifica da se e da se non si assicura di ciò che altri veramente scrisse, e quasi da papagallo va ripetendo quello che qua e là dai poco accurati scrittori trova notato. Egli non farà che propagare errori; i quali, secondo l'autorità dell'autore, si andranno ripetendo ed acquistando aspetto di verità. Celso, nel suo libro VII e al Cap. XVII, parla della discesa dell'intestino; al Cap. XX della cura dell'intestino caduto nello scroto e dei dolori e del vomito che può suscitare; al Cap. XXI dell'omento uscito fuori e del modo di farlo rientrare col dito o colla estremità di uno specillo, oppure distruggerlo coi caustici; al Cap. XXIII ove ragiona delle escrescenze carnose del testicolo, espone segni che pajon proprio quelli dell'ernia strangolata ⁽¹⁾; e finalmente al Cap. XIX, quando descrive quelle operazioni che possono farsi sopra e sotto l'anguinaglia ed allo scroto, tratta è vero di molte varietà dell'operare per mali diversi che hanno la loro sede all'inguine ed allo scroto, e tratta pure della cura chirurgica dell'ernia sciolta intestinale e delle operazioni chirurgiche per guarirla, come già accennai scorrendo di questo argomento ⁽²⁾. Ma trovare in questa classica opera, che ci ha tramandato la istoria della Chirurgia Greco-Romana ed i più sani precetti che allora la governavano, trovare dico una descrizione vera e propria della Erniotomia, a me non è riuscito, come pare ne dubitasse un suo illustre traduttore, che fu fra gli altri quel chiaro lume d'ingegno di Salvatore de Renzi. Il solo passo del Cap. XX,

⁽¹⁾ « Anche le escrescenze carnose, quando formansi in mezzo alle stesse tuniche, è fuori dubbio che si debbono tagliare (*non riporre*); ma è molto più agevole di eseguire ciò « dopo avere inciso lo stesso scroto. Se poi siasi indurito lo stesso cordone, in questo « caso non vi è mezzo di guarirlo nè con operazione nè con rimedi. *Imperciocchè si* « *accendono febbri ardenti*, e si manifestano vomiti di materie verdi o nere, ai quali « si aggiungono una sete intensa e asprezza della lingua; quasi sempre al terzo giorno « si caccia fuori del ventre una bile schiumosa che corrode le parti; non può nè facilmente prendere il cibo nè ritenerlo; non tardano molto a raffreddarsi le estremità; « si manifesta il tremore, le mani s'irrigidiscono senza alcun motivo, quindi apparisce « sulla fronte un freddo sudore, cui segue la morte ^(*) ».

^(*) Trad. del De Renzi T. II, Lib. VII, Cap. XXIII, pag. 356.

⁽²⁾ Lezione sesta.

che potrebbe addursi quale esempio della Erniotomia, e che è quello ove Celso ragiona *della discesa dell'intestino nello scroto*, così dice: « Ma se poi trattasi di un uomo robusto, e il vizio è di maggiore importanza, non si deve estrarre il testicolo, ma lasciarlo al suo sito. In questo caso si opera nel modo seguente; si fa nella stessa guisa il taglio all'inguine con istrumento tagliente fino alla tunica media, e nel modo medesimo prendesi questa tunica con due oncinetti, avendo cura un assistente di tenere il testicolo al suo luogo onde non esca dalla ferita: allora con un coltello s'incide quella tunica verso basso; s'introduce sotto esso l'indice della mano sinistra fino al fondo del testicolo, e si spinge verso l'apertura; quindi col pollice e col l'indice della mano destra si separa dalla tunica superiore la vena, l'arteria ed il cordone col loro involuppo. Se mai s'incontrano briglie membranose che lo impediscano, si distruggono col coltello finchè tutta la tunica sia messa allo scoperto. *Recise allora le parti, che debbonsi recidere*, e riposto il testicolo al suo sito, dai margini dell'inguine si taglia una striscia alquanto più larga per dilatare la ferita ed ottenere più estesa riproduzione di carne » (1).

Se Celso è il primo a parlare della Erniotomia, questa è la descrizione da esso fatta; la quale, considerando pure il tempo in cui egli visse, e la mancanza in Roma delli studi anatomici, lascio che altri la studj e la consideri. L'istrumento *corvo* che Celso nomina, non era un dilatatore, come altri ha detto, bensì un coltello che, per la forma che aveva, somigliava al becco di quell'uccello.

Galeno, che tenne dietro a Celso, poco si occupò, rispetto alle convenienti operazioni, delle ernie addominali e solo toccò di quelle per ferita del ventre, e della utilità di sbrigliarle col *siringotomo* (2) che era un coltello curvo, tagliente nella concavità, appuntato, molto simile al *corvo* di Celso, descritto e figurato da Fabbrizio di Acquapendente, da Scultet ec., e del quale i chirurghi usavano per tagliare le fistole, sbrigliar le ferite ec. Galeno, ove ragiona *de tumoribus praeter naturam* (loc. cit.), scorrendo delle ernie, le distingue saviamente, nelle epi-

(1) Loc. cit. pag. 354.

(2) *Methodus medendi*, Lib. VI.

ploiche, nelle intestinali, e in quelle epiploico-intestinali, ma non fa motto della Erniotomia per strangolamento erniario.

E vano sarebbe cercare di questa operazione nei più celebri scrittori arabi, Albucasis, Alyabbas, Avicenna, li Averrois, Rhasis ec.: in quelli che illustrarono la scuola di Salerno; non che nei nostri più famosi primi chirurghi italiani, quali furono, Ugo da Lucca, Bruno, Ruggero da Parma, Guglielmo da Saliceto, Lanfranco, Teodorico, e poi Rolando, Vidio Vidi, e lo stesso Guido di Chauliac, che tanto seppe e tanto scrisse di Chirurgia e diffusamente trattò pure delle operazioni per guarir dell'ernia sciolta. Anzi egli ⁽¹⁾, citando Albucasis, ripete le di lui stesse parole, che sono; *quia in ventosa (hernia) non vidit aliquem, qui ausus sit aggredi curationem ejus cum ferro*. Neppure nella chirurgia di Giovanni de Vigo si trova indizio della Erniotomia, nè nelle Opere di Fabbrizio di Acquapendente, che nel secolo XVI fu il più dotto Chirurgo d'Italia, e che, delle ernie sciolte e delle operazioni che ad esse potevano convenire, fatte dai chirurghi e dai girovaghi, trattò amplamente, e di più al Cap. XXXI e Libro I della sua Chirurgia, ove ragiona *delle differenze segni e cause delle ernie*, toccò dello strangolamento erniario, quando disse « che se il tumore è cresciuto perchè le fecce sono cadute nello intestino, allora non si può respingere indietro lo intestino, si ha dolore nella borsa testicolare, nell'inguinaglie e nell'addome, perchè si ha la soluzione del continuo, lo stomaco è offeso, rigetta bile rossiccia, poi verde, negra e in fine lo sterco, avviene l'infiammazione delli testicoli ec. ». Questo dice, ma nulla affatto del modo onde rimediare a questa *caduta delle fecce nell'intestino*, alla *infiammazione* che ne succede, ai vomiti diversi per qualità ec. Anche Gabriele Fallopio nella sua Chirurgia (Lib. III, Cap. XXV) ove discorre *Della riposizione dell'intestini*, ⁽²⁾ dice: « Quando l'ernia è fatta da fecce dure cadute nello intestino, non vidi mai un caso sanarsi perchè è disperatissimo e mortalissimo, benchè sia bene tentare ogni rimedio ». Rimedio da speciale, non lo sbrigliamento dell'ernia strangolata. Pure la Erniotomia per l'ernia strangolata, era già stata fatta in Francia, com'io dirò

⁽¹⁾ *Tract. II, Doct. II, Cap. VII, De hernia aquosa et ventosa.*

⁽²⁾ Venezia 1620.

in appresso, scorrendo dei primi Chirurghi che la consigliarono, e, più che consigliarla, la eseguirono.

Certamente non fa poca meraviglia il considerare; che l'ernia strangolata dovendo essere stata in ogni tempo malattia frequente; che i chirurghi antichi si occuparono sempre e molto delle ernie e della loro cura: che furono scrupolosi nel distinguere i diversi mali dell'anguinaglia e dello scroto e nel parlare della discesa dello intestino e dell'omento (zirbo) e delle ernie umorali, acquose, ventose, carnose, del ramice ec.; che li studi anatomici qui fra noi, dal primo Mondino de Leuci e da Berengario da Carpi, furono sempre in fiore e aprirono vasto campo ai Chirurghi, che al pari di Lanfranco e di Vidio Vidi portarono l'arte in Francia ed altrove; che l'anatomia patologica nacque in Italia per opera di Antonio Benivieni e fu coltivata; pure, ripeto, fa maraviglia, che la Erniotomia sia stata sì tarda ad entrare nella pratica chirurgica e a venire in ajuto di quei tanti infelici, e dev'esserne stato infinito il numero, che ebbero l'ernia addominale strangolata, e che drogati con quella sterminata quantità di beveroni, d'empiastrì, di polveri, di decotti, d'unzioni, e con quella indigesta farragine di medicamenti quali si leggono enumerati a litania nei vecchi libri di Chirurgia compreso il Peccetti ⁽¹⁾, doveron perire coll'ernia cancrenata, o con essa, ajutati più dalla natura che dall'arte, salvare miracolosamente la vita. La pietra della vescica, che è malattia più occulta dell'ernia strangolata, ebbe più presto e fino dai Greci Filario ed Ammonio, i suoi ajuti e le sue operazioni. G. Munnichs, che scrisse la sua Chirurgia nel 1689 ⁽²⁾, trattando dell'ernia intestinale strangolata (Lib. I, Cap. XXX) dice, che quando riuscirono vani tutti li altri rimedi « *extrema quoque tentanda sunt. Quo in casu Ambrosius Pareus ad Chirurgia accedere, et ductum illum, per quem intestina elapsa sunt, sectione dilatare suadet, sit ut digito reponi queant. Sed ardua est manualis haec operatio ec.* Questo scrivevasi nel 1689!

Curzio Sprengel, nel suo libro ove fa la istoria delle principali Operazioni Chirugiche e che fu tradotto dal Tedesco dal mio venerato maestro ed amico il Prof. Betti, ha scritto ⁽³⁾. « Più

⁽¹⁾ *Cheirurgia Francisci Peccetti. Florentiae MDCXVI.*

⁽²⁾ *Trajecti ad Rhenum.*

⁽³⁾ Parte seconda. Dell'Operazione dell'ernia intestinale ed omentale. Firenze 1815.

chiaro alcun poco di Celso parla Paolo Egineta dell' Operazione dell' Ernia incarcerata ». Quanta chiarezza sia in Celso lo dimostrai di sopra. Ora dirò, contro la dichiarazione dello Sprengel, che, consultando i Cap. LXV e LXVI di quel classico autore che è Paolo Egineta a tutti noto nella istoria della Chirurgia, e tenendo conto delle cose da esso discorse in quelli stessi capitoli, ove tratta dell'ernia sciolta prodotta per rottura e per distensione del peritoneo, e delle operazioni proposte ed eseguite per guarirla, mi son dovuto convincere, ch' ei non fa mai parola dell'ernia strozzata. Infatti ecco quello ch' ei dice al Cap. LXVI ove ragiona *De inguinis hernia*; « Herniam in-
« testini quae ob distentionem fit, inguinis hernia praecedit.
« *Primum enim quum distenditur peritonae membranae, laxatur*
« *intestinum, interimque ad inguen secedit, et inguinis herniam*
« *facit, quae vetustiores hoc modo chirurgia aggreditur.*

« *Post factam setionem transversim trium digitorum longi-*
« *tudine circa extumescentem inguinis partem, et post exertas*
« *pelliculas ac pinguedinem, circa medium membranae denu-*
« *datae, qua parte fastigiatur, SPECILLI caput adhibeatur. Ita*
« *enim intestina in profundum detruduntur. Eminentes igitur*
« *membranae partes, ob utroque capitis specilli latere, suturis*
« *inter se conjungemus; deinde specilli caput extrahemus, neque*
« *membranam resecantes, neque testem iniicentes, neque quidquam*
« *aliud, sed ductu cruentis vulneribus destinato curantes. Quan-*
« *doquidem vero junioribus ustio magis probatur, merito etiam*
« *hanc trademus ec. ».*

Ognuno che legga può esser persuaso, che qui Paolo d'Egina tratta della cura chirurgica dell' ernia sciolta col taglio delle membrane e la loro cucitura, e occorrendo, anche colla cauterizzazione, e dice di più di trattare di cose vecchie. Che se adoperava uno specillo per respingere l'intestino, non lo faceva perchè l'ernia fosse strangolata, ma per esser più certo di non comprenderlo nella cucitura, e faceva bene. Anche nel Capitolo antecedente (LXV) *De intestini hernia*, la operazione ch' egli descrive non tocca affatto quella conveniente ad un ernia strozzata, ma alla sciolta e libera.

Frugando attentamente nei libri vecchi di Chirurgia i più noti fino alla seconda metà del secolo XVI, non si trovano, che io almeno abbia potuto conoscere, indizi certi della Erniotomia

per l'ernia strangolata, e, per provarlo viepiù, credo sarebbe superfluo e senza frutto l'andar citando testi di autori reconditi arabi e medioevali, quando i più classici non ne fanno parola. Forse a dar ragione della tardanza dell'acquisto di questa operazione all'arte chirurgica, deve avere influito l'essere stata la malattia dell'ernia per secoli ubertoso pascolo qui in Italia dei Norcini e delli abitanti del Castello delle Preci (erniotomi, litotomi ed oculisti), i quali girovagando qua e là e castrando li erniosi, come già dissi, ritennero i grandi Chirurghi dal porgere tutta la loro attenzione a questo tormentoso male.

La istoria di questa importantissima operazione, che rese e renderà all'umanità tanti benefizi, incomincia da Pietro Franco Francese; il quale nel suo raro libro *Traité des Hernies* (Lion 1556), fu il primo ad annunziarla, descriverla ed eseguirla. Per quante accurate indagini io abbia fatte fra noi per consultare quest'opera, anche quando pubblicava le Lezioni sulla Cistotomia (1863), poichè a Franco appartiene pure l'alto apparecchio o taglio ipogastrico, non mi fu mai dato averla fra le mani. Però, da quanto ce ne dice A. Pareo, è noto, che Franco per fare lo sbrigliamento dell'ernia strangolata, del quale è l'inventore, servivasi di un piccolo bastoncetto di legno, della grossezza di una penna d'oca o poco più, tondo da una parte e piano dall'altra, col quale entrava fra i visceri strozzati e il cingolo strozzante e ne operava il taglio, che è l'atto operatorio essenziale della Erniotomia.

È cosa molto singolare che il Portal francese, che ha pubblicata la Istoria della Chirurgia ⁽¹⁾, non faccia motto di questa operazione, nè dia al Franco la gloria di essa e al suo paese la meritata fama, ciò che poi altri Scrittori fecero.

Ambrogio Pareo, restauratore della chirurgia in Francia, uomo di genio, devoto all'arte con infaticabile zelo, e rivale in Italia a Fabbrizio d'Acquapendente, nel suo gran volume di Chirurgia ⁽²⁾, raccomandò la operazione proposta da Franco, e così egli la describe; « Per combattere questo accidente (lo strangolamento) bisogna venire all'estremo rimedio (l'Erniotomia), piuttostochè lasciar morire il malato *villanamente*, ciò

⁽¹⁾ *Histoire de l'Anatomie et de la Chirurgie*. Paris 1770. (Ved. pag. 526).

⁽²⁾ *Les Oeuvres d'Ambroise Paré*. Paris. 1576. Vedi la ripubblicazione di esso fatta dall'illustre Malgaigne. Paris 1840, T. I. pag. 410.

che si farà colla mano e in questa guisa; Il malato sarà situato sopra una tavola o banco; gli si farà un incisione alla parte superiore dello scroto, guardando bene di non toccar le intestina. Poi bisogna avere una cannula di argento grossa quanto una penna d'oca, tonda da un lato e scavata e solcata dall'altro. Questa sarà messa *dentro* la incisione e spinta lunghevolmente la produzione del peritoneo per fare un taglio sulla concavità o incavatura di detta cannula, onde col rasojo non toccare l'intestino. Fatta a sufficienza detta apertura, s'introdurrà a poco a poco l'intestino dentro il ventre, e subito si farà una cucitura, cucendo e comprendendo profondamente con essa il processo peritoneale, affinchè, ristretta l'apertura dopo la cicatrice, l'ernia non possa più discendere nello scroto ». Poi il Pareo aggiunge: « Qualora, l'intestino non rientri, fatto il primo taglio, per materie fecciose che vi siano raccolte allora bisogna incidere la produzione del peritoneo (pare il sacco) fino allo intestino, e, mettendo *dentro* la cannula precedente, ed elevandola *contremont*, fare una incisione sopra ascendendo verso l'addome, e questa incisione farla tanto larga che l'intestino vi possa rientrare. Poi si farà la gastrorafia, mettendo tanti punti di ago quanti ne saranno necessarj e cucendo la stessa produzione del peritoneo col fine di rendere la via più stretta ».

Da questi due modi di Erniotomia descritti dal Pareo, parrebbe evidente, se io non erro a partito; che, col primo egli consigliasse lo sbrigliamento *fuori del sacco erniario*, col secondo *dentro del sacco*, allorchè il primo non fosse sufficiente a reintrodurre l'ernia strangolata. Lascio ai savi cultori dell'arte portar giudizio severo su questa interpretazione; la quale quando acquistasse il carattere di verità, scemerebbe merito a G. L. Petit, che è riguardato da tutti, e inseguito lo dirò, quale inventore della Erniotomia fuori del sacco o extra-peritoneale.

Al principio del secolo XVIII, lasciando da parte, onde non esser troppo prolioso, le singole descrizioni di questa operazione date specialmente dai Chirurghi francesi, ecco quanto ne scrisse il Manget nella sua Biblioteca Chirurgica ⁽¹⁾: « *In adultis saepe periculum in mora potissimum, ubi praescriptis*

(1) T. 11, pag. 374. *Hernia* 1721, Geneva.

« medicamentis intestinum non statim restituitur, hinc manus
« Chirurgica sequenti methodo operationem aggrediatur maxi-
« moque erit necessarium ».

« Aegro decenter collocato, cutisque incisione facta, exten-
« sum peritonaeum, quod intestinum includit, in conspectum pro-
« dit; quo item inciso, intestinum SENSIM et PRUDENTER repellen-
« dum. Nonnumquam tamen partes. . . . adeo angustae sunt,
« ut, sine illarum dilatatione, intestinum restitui non posse. Ad
« viam item hanc dilatandam, specillum excavatum (conduttore
« o tenta solcata) intromittunt, factaque hiatus incisione, inte-
« stinum in abdomen propellunt. Cavendum interim ne intesti-
« num laedatur, nec incisio nimium extendatur, cum alioquin
« facile vas aliquod arteriosum laedi posset. Totius idcirco erit
« annulum digito eo usque dilatare et expandere, ut intestinum
« prolapsum reponi possit. Si vero contingat, intestinum aëre in
« tantam molem esse distentum, ut commode restitui non possit,
« VARIIS IN LOCIS SUBTILIORI ACU ERIT PERFORANDUM.

« Reposito itaque, ut dictum, intestino, hiatus, ad cicatricem
« fortiozem obtinendam in circumferentia scarificandus, vulnerique
« torunda vitello ovi illita immittenda, et applicatis plumaccolis
« atque compressis diligatio instituenda ».

Da questa descrizione che ci fa il Manget della Erniotomia, si rileva; consigliare egli per fare lo sbrigliamento il conduttore solcato quando le intestina non possono essere rintrodotte senza allargare la via; pungerle coll' ago allorchè sono soverchiamente distese dall'aria; scarificare la interna ferita onde condurla a più salda cicatrice.

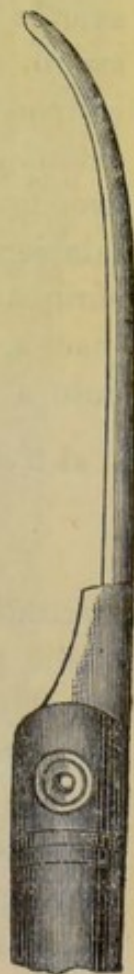
La Erniotomia, il cui scopo è quello solo di togliere lo stringimento che tiene strangolata un ernia dell'addome, e di fissa e imprigionata che era, renderla libera e sciolta quale innanzi trovavasi, fu operazione, la quale a poco a poco, seguendo le orme di chi l'aveva proposta, e via via accomodandosi a maggiore semplicità, e sempre perfezionandosi colla pratica e cogli studi anatomici e patologici, entrò finalmente nel comune esercizio dell'arte, e diventò un potente ed efficace ajuto per curare lo strangolamento erniario.

E siccome ai fianchi dei più illustri Chirurghi specialmente francesi, furono sempre e stanno e staranno operosi e industriosi fabbricanti d'istrumenti, i quali non vorrebbero mai, e

sono scusabili, che un solo atto operatorio si compisse senza ferri speciali, dicendo, che con essi soltanto si ajuta, si rende più sicura, si perfeziona la stessa operazione (dir si dovrebbe che la fabbrica ne profitta e di quei ferri ne fa mercato), così anche la Erniotomia, oltre il bastoncino di Franco e la cannula solcata di Pareo, che furono i primi conduttori semplici sì ma inutili, ebbe essa pure una non piccola serie d'istrumenti particolari, immaginati specialmente per aiutare lo sbrigliamento e guarentire l'intestino, affinchè sbrigliando non rimanesse tagliato. Infatti oggidì pure molti dei chirurghi di Francia, usano conduttori speciali per eseguire il delicato e non facile atto dello sbrigliare, mentre l'inglesi, l'italiani e molti altri oltramontani operatori valenti, al conduttore metallico, quale esso sia, anteppongono, e fanno bene, il proprio dito, che è in realtà la naturale sensibile e più sicura guida che si possa desiderare.

Discorrendo della operazione e del modo più conveniente di eseguirla, dirò che il solo istrumento che possa chiamarsi *speciale*, e che è da anteporsi ai comuni coltelli appuntati perchè guarentisce e tutela dalla disgrazia di ferire senza bisogno l'intestino, è quello che ha l'ufficio di sbrigliare e tagliare il cingolo che strozza il viscere uscito fuori. Tale istrumento, quando si voglia scegliere il più semplice, e quello che tiene ogni chirurgo nella sua borsa essendo utile per diversi atti operatori, esser potrebbe il coltello retto bottonato con lama stretta robusta e non pieghevole. Ma, considerando ch'esso deve passare per vie anguste e profonde, e scorrere sopra parti tese e tondeggianti, quali appunto sono l'intestino e l'omento, meglio è ch'esso sia curvo, fisso nel manico, tagliente dalla sua parte concava e tale da non essere troppo affilato, perchè, dovendo premere e far forza sopra tessuti che sono ordinariamente fibrosi e duri, e potendo a un tratto sfuggire, non tagli di soverchio e con pericolo di offendere vasi sanguigni importanti e in qualche parte lo stesso viscere. Il coltello del Pott qui figurato (Fig. 11) è molto opportuno. E siccome il campo dell'azione del

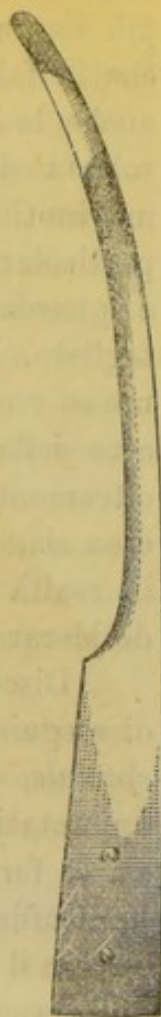
Fig. 11. Coltello erniotomo del Pott.



coltello sbrigliatore è limitato ad un piccol tratto sotto il bottone o la sua punta smussa, ed è inutile che sia tagliente per tutta il filo della sua parte concava, chè l'intestino potrebbe venirgli sotto e restare offeso, per questo più opportuno del coltello sbrigliatore del Pott, è quello del Cooper che qui si vede (Fig. 12) o di altro che lo somigli.

Ora, dovendo io qui per la ragione istorica darvi conto, o signori, delli strumenti diversi e talvolta singolari, utilmente o no immaginati e fatti fabbricare per compiere la Erniotomia, ch'è un taxis eseguito col mezzo dello sbrigliamento cruento dell'ernia strangolata, e tutta la entità e l'importanza dell'atto operatorio riposta essendo nel medesimo sbrigliamento fatto in modo da cansare da qualunque offesa il viscere che fa ernia, così nel fare il novero di questi stessi istrumenti e apparecchi che io seppi conoscere e mettere insieme, senza aver la coscienza di averli tutti compresi, vi mostrerò; a) le speciali tente guide o conduttori del coltello sbrigliatore; b) poi questi conduttori stessi riuniti ai coltelli, alle forbici ec. e i *dilatatori*, avendo taluni chirnrghi anteposto al taglio la dilatazione dell'anello strangolante; c) li erniotomi sbrigliatori che abbiano forme particolari, affinchè, quando vi piaccia, possiate fra questi sceglierne il migliore e più accomodato al caso e alla mano vostra.

Fig. 12. Erniotomo del Cooper.



- a) Tente, guide, conduttori del coltello che deve sbrigliare, e con cui si cerca di tutelare il viscere strangolato.

I conduttori o guide dei coltelli sbrigliatori ricordati dai Trattatisti, sono; quello del Mery (Fig. 13) detto *tenta alata*; quello pure alato ma in altra guisa del Petit (Fig. 14); quello del Boyer, che ha una placca ovale longitudinalmente posta nel mezzo che lo fa differir poco da quello del Mery; quello del Vidal (Fig. 15), che è una spatula a foglia di mirto, solcata nel mezzo e per lo lungo sulla sua faccia rilevata a costola; quello di Huguier (Fig. 16) che è un conduttore lievemente curvo con doccia larga e profonda; quello di Pertusio (Fig. 17) che ha più

larga la doccia con orli rovesciati in fuori, e di cui l'autore

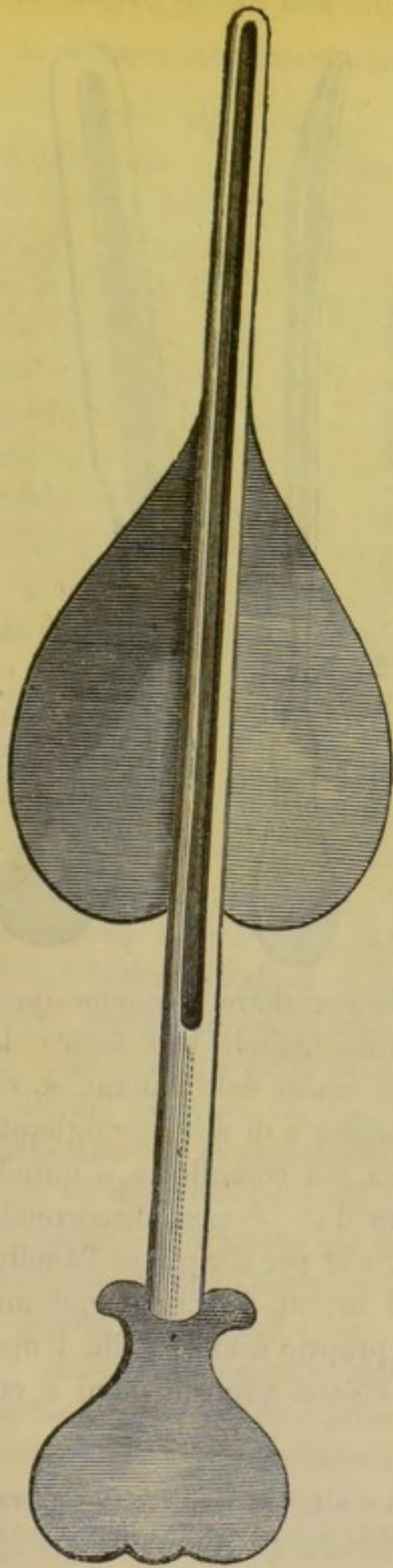


FIG. 13. Conduuttore alato
del Mery.

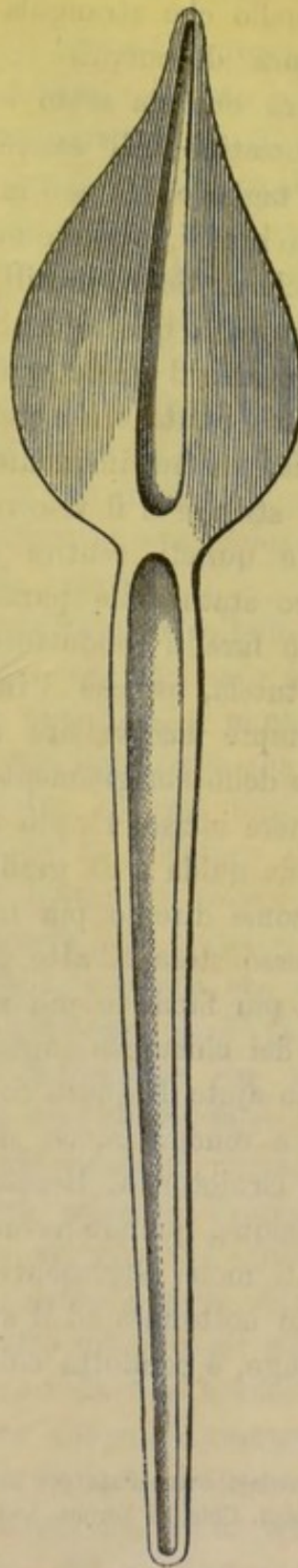


FIG. 14. Conduuttore alato
usato dal Petit.

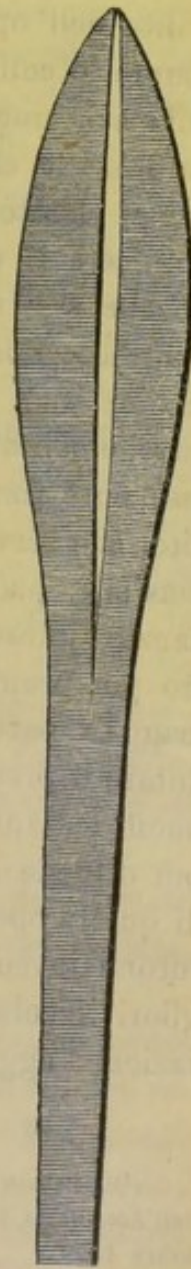


FIG. 15. Spatula
solcata del Vidal.

molto si loda ⁽¹⁾. I primi tre sono antichi, li altri tre più recenti. Ufficio di questi ferri dovrebbe esser quello, non solo di guidare il coltello che deve sbrigliare perchè spinto oltre l'anello che strangola l'ernia, ma ancora di cuoprire e tutelare il viscere che sta sotto e specialmente l'intestino dall'essere accidentalmente tagliato. Ma essi in realtà sono affatto inutili, nè servono realmente a tutelare. Sono inutili, perchè meglio giova a questo fine il dito dell'operatore, il quale può sempre, o colla sua punta o almeno colla sua unghia, essere insinuato fra l'anello che stringe e il viscere che è stretto, e quindi sentire e conoscere il vero stato delle parti, ciò che non può fare il conduttore metallico; non tutela, perchè l'intestino può sempre accavallare il ferro, e nell'atto dello sbrigliamento esso pure rimanere inciso. Di più il dito, che serve da guida e da guida sensibile, può come diremo più innanzi, aiutare esso stesso l'atto dello sbrigliare e render questo più pronto più facile e più sicuro. Quindi ben fecero la maggior parte dei chirurghi inglesi e molti dell'italiani, a rifiutare il preteso ajuto di questi conduttori e di altri somiglianti buoni soltanto a rendere meno sicura più complicata e quindi più difficile la Erniotomia. Benissimo dice James, discorrendo di questa operazione, quando avverte; che per sbrigliare l'anello, furono inventati molti istrumenti ed inutili, trovando egli migliori il coltello bottonato ed il suo proprio dito ⁽²⁾. Più l'operazione, aggiunge, è condotta colle nostre proprie mani e con

Fig. 16. Conduttore a doccia d'Huguier.



Fig. 17. Sonda grondaja scannellata del Pertusio.



⁽¹⁾ Sonda a grondaja scannellata per la Celotomia. Comunicazione. — Giornale dell'Accademia R. Med. Chir. di Torino, Anno VIII, Volume XXXVI. pag. 321, Ottobre 1859.

⁽²⁾ *Diet. Univ. de Médecine* T. II. pag. 1175, Artic. *Bubonocèle*, traduzione francese.

l'istrumenti più semplici e più comuni, e più si può avere speranza del suo buon fine.

b. Guide e conduttori riuniti ai coltelli sbrigliatori. Dilatatori.

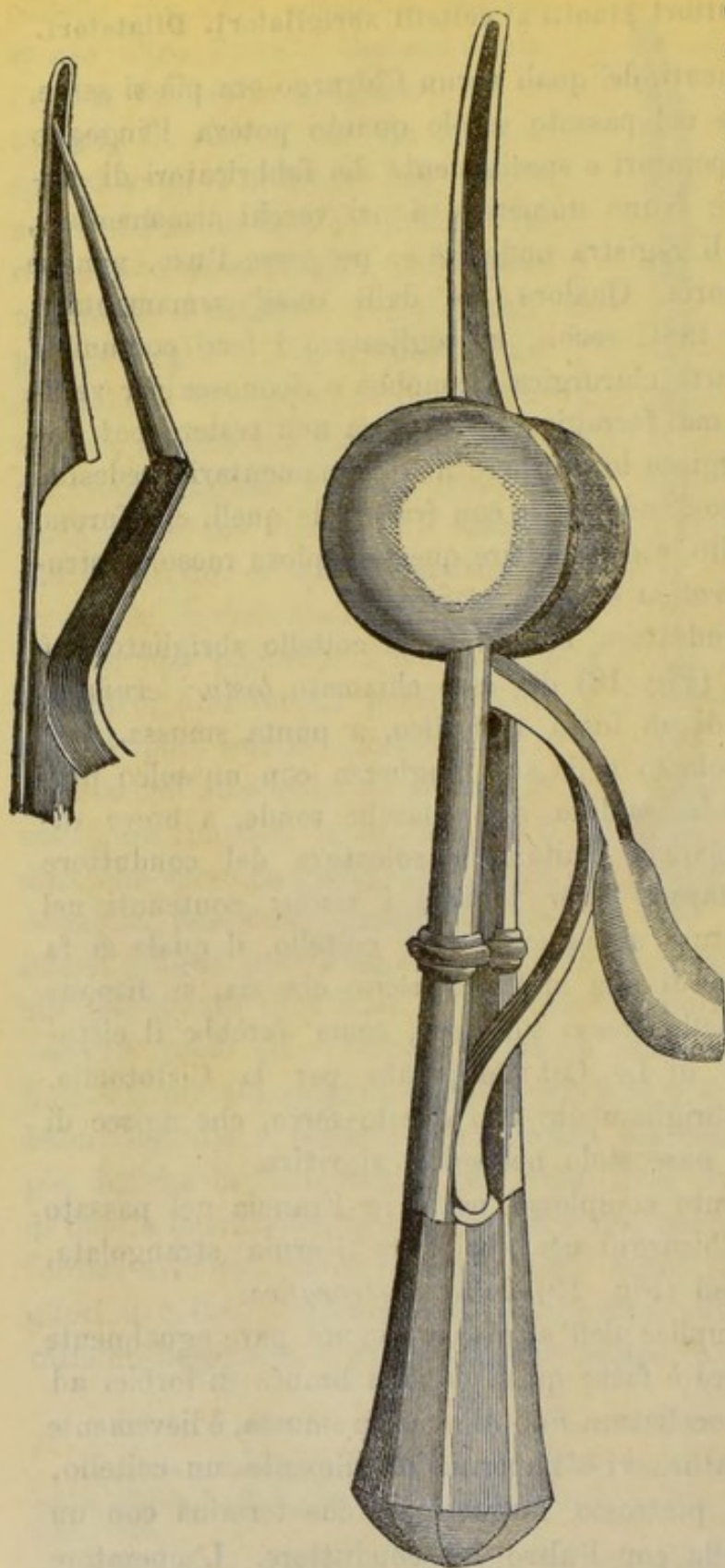
Questi strumenti, dei quali verun Chirurgo ora più si serve, mostrarono anche nel passato secolo quanto poteva l'ingegno inventivo delli operatori e specialmente dei fabbricatori di chirurgici istrumenti; fanno numero essi nei vecchi armamentari, e la istoria solo li registra onde, se se ne perse l'uso, non se ne perda la memoria. Qualora poi dalli stessi armamentari, ov'è la messe di tanti secoli, si togliessero i ferri comuni, e quelli tutti che l'arte chirurgica riconobbe e riconosce per veramente utili, qual mai farragine infruttuosa non resterebbe! Sarebbe anzi vantaggioso lo scernere nelli armamentari medesimi i ferri che si possono adoperare con frutto, da quelli che furono condannati all'oblio, e così partire questa copiosa raccolta istrumentale nella *operativa* e nella *istorica*.

Il primo conduttore congiunto al coltello sbrigliatore è quello di Ledran (Fig. 18) da esso chiamato *bisturì erniario*. Esso si compone di un fusto metallico, a punta smussa, fisso in un manico e solcato nella sua lunghezza con un solco profondo. Nel mezzo ha saldate due placche tonde, a breve distanza fra loro, le quali limitano la solcatura del conduttore e servono a spostare e tener lontani i visceri contenuti nel sacco. Nella solcatura si nasconde un coltello, il quale si fa uscire premendo su di una molla, e uscito che sia, si dispone ad angolo acuto nello stesso solcatore, come farebbe il cistotomo nel gorgeret di Le Cat adoperato per la Cistotomia. Fatto che sia lo sbrigliamento con questo ferro, che agisce di fuori in dentro, e nascostolo nel solco, si ritira.

Altro istrumento complesso usato in Francia nel passato secolo da taluni Chirurghi per sbrigliare l'ernia strangolata, fu quello di Morand (Fig. 19) detto *gastrorafico*.

Esso è più semplice dell'altro ma non mi pare egualmente sicuro. Il conduttore è fatto quasi da una branca di forbici ad anello. Dalla sua nocellatura fino alla punta smussa, è lievemente curvato: alla nocellatura vi s'impernia mobilmente un coltello, tagliente di fuori, piuttosto largoccio, e che termina con un anello che si allivella con l'altro del conduttore. L'operatore

spinger dovrebbe la lunga parte curva del conduttore fra il viscere strozzato e il cingolo strozzante; poi coll'indice e pollice



della mano destra, posti nei due anelli comesi farebbe nell'adoperare le forbici, aprire l'istrumento e fare che il coltello tagli e sbrigli là ove si è fatto lo strangolamento. È evidente che questo ferro penetra troppo nel ventre senza bisogno, e sbrigliando non garantisce da offesa l'intestino o l'omento. Più semplice e certamente più sicuro dei due sopraindicati istrumenti, è il coltello sbrigliatore nascosto di Bienaise che fu poi imitato dal Frate Cosimo per la Cistotomia, quando fece il suo *Litotomo nascosto* tuttora in uso. Lo sbrigliatore di Bienaise nella sua primitiva forma è quale

FIG. 18. Bisturi erniario di Ledran.

qui è rappresentato (Fig. 20) ⁽¹⁾. Esso si compone di una guaina

Fig. 19. Bisturi gastrafico di Morand.

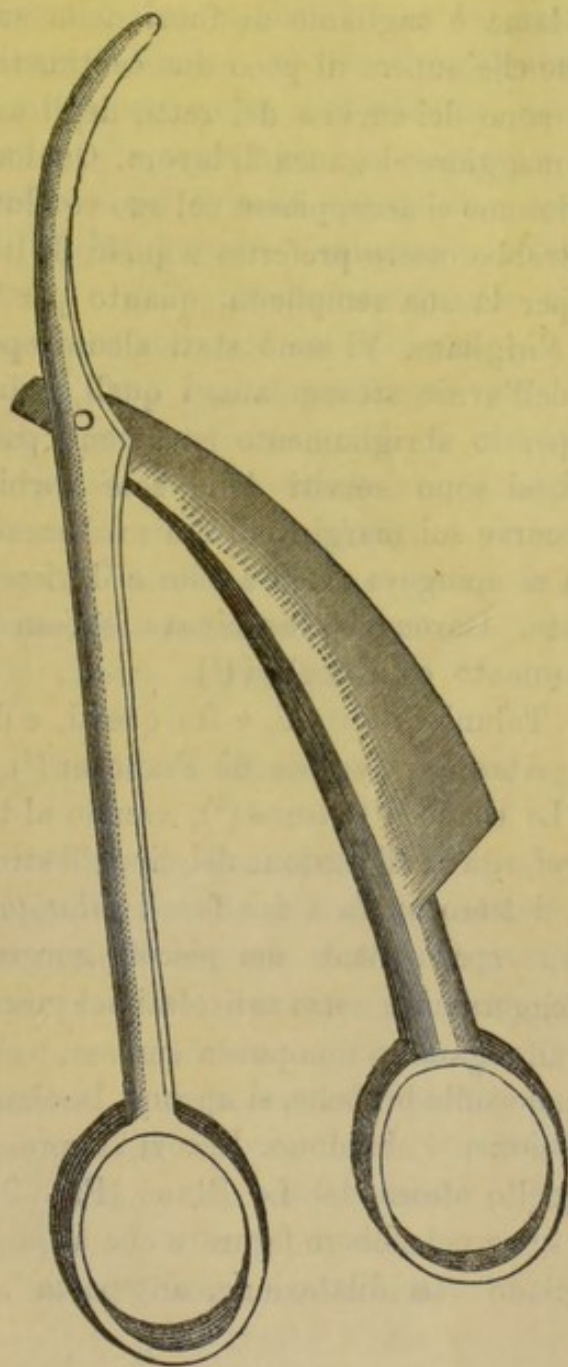
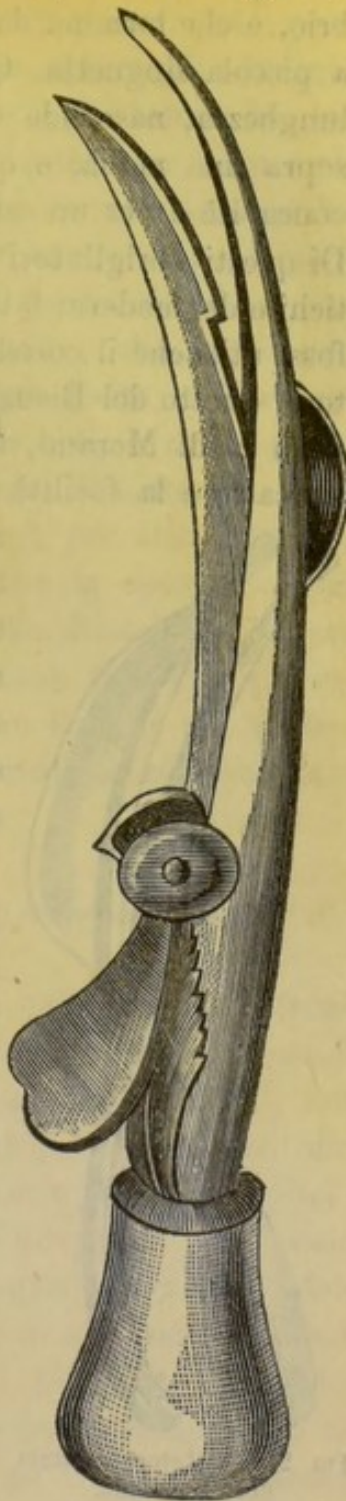


Fig. 20. Ernotomo sbrigliatore nascosto di Bienaise ^(*).



⁽¹⁾ *Dictionnaire Universel de Médecine de James*. T. II, Tav. IX, fig. 1 e 2.

^(*) Henry, nel suo libro « *Précis descriptif sur les instruments de Chirurgie anciens et modernes*, Paris 1825, pag. 132. » toglie a Bienaise il merito di questo erniotomo nascosto. Egli dice: « D'autres se sont servis du bistouri caché attribué à tort à Bienaise ». Ma non dichiara a chi esso appartenga. Il dubbio però è ragionevole, poichè Bienaise essendo morto nel 1681 quando ancora non era in Francia incominciato, per opera di Ledran, Arnaud, Garengot ec., quel progresso, che poi là avvenne, dello

metallica lievemente curvata, incastrata in un manico o manubrio, e che termina dall'opposta parte in un punto tondeggiante a piccola linguetta. Questa guaina, che è fessa in tutta la sua lunghezza, nasconde una lama, la quale si fa uscire premendo sopra una molla, e questa lama è tagliente di fuori nella sua concavità e per un estensione che supera di poco due centimetri. Di questi sbrigliatori ve ne sono dei curvi e dei retti, degli antichi e dei moderni fatti con maggiore eleganza di lavoro. Qualora fosse utile che il coltello erniotomo si accoppiasse col suo conduttore, questo del Bienaise potrebbe essere preferito a quelli di Lédran e di Morand, tanto per la sua semplicità, quanto per la efficacia e la facilità dello sbrigliare. Vi sono stati alcuni operatori dell'ernia strangolata, i quali, rifiutando per lo sbrigliamento istrumenti particolari, si sono serviti delle sole forbici rette o curve sui margini, di cui una branca smussa si spingeva fra l'anello e il viscere strozzato. Garengot terminava spesso lo sbrigliamento colle forbici⁽¹⁾.

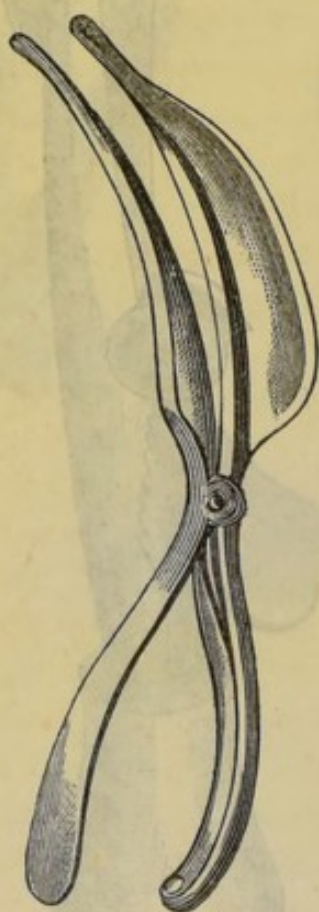


FIG. 21. Dilatatore erniario del Le Blanc.

Taluni Chirurghi, e fra questi, e dei primi, Abramo Cyprian di Francker⁽²⁾, e poi il Le Blanc d'Orleans⁽³⁾, avendo al taglio preferita la dilatazione del cingolo strozzante, dettero opera a far fare i *dilatatori*, che sono specialmente dei piccoli gorgeret fessi, leggermente curvi articolati nel mezzo, che si allungano in una punta smussa, e che, premendo sulle branche, si aprono, lasciando la pressione, si chiudono. Eccovi rappresentato quello stesso del Le Blanc (Fig. 21). Altri se ne potrebbero figurare che a questo somigliano. La dilatazione, anteposta allo

studio delle Ernie strangolate, par poco presumibile che fosse in antecedenza immaginato un istrumento speciale per curarle. Lo sbrigliatore del Bienaise non potrebbe esser stato usato per altri mali, per esempio per le ferite per armi da fuoco (Bienaise era Chirurgo militare), e poi applicato alli sbrigliamenti erniari?

(1) *Traité des Instruments*. pag. 164.

(2) *Epistola hystorica exhibens foetus humani post 21 menses excisi*. Leyden 1700.

(3) *Nouvelle méthode d'opérer les hernies*. Paris 1768. — *Précis d'Opérations de chirurgie*. T. II, Paris 1775.

sbrigliamento fatto col coltello, fu consigliata prima dal Thévenin e seguita da Arnaud, da Le Blanc ec.. Questo metodo ha il pregio di tener lontano il pericolo di grave emorragia durante l'atto operatorio. Però, considerando; che il dilatatore ha una forma costante; che il cingolo strozzante può esser duro resistente e fibroso; che lo sbrigliamento debb'esser fatto talvolta a molta profondità nell'addome, ove l'istrumento non potrebbe arrivare e male agire in paragone della punta del dito che guida e del coltello che taglia; considerando, che, tagliando collo sbrigliatore, l'emorragia arteriosa per ferita dell'epigastrica o della otturatrice quando nasce da essa, è rara usando arte e cautela, ed io stesso su più di cento Erniotomie fatte non l'ebbi mai a verificare; per queste, e per altre ragioni, che si mostreranno evidenti nel descrivere la operazione per sbrigliare l'ernia strangolata, il metodo della dilatazione è stato abbandonato da quasi tutti i chirurghi e con esso i vari gorgeret destinati a dilatare ed anche lacerare l'anello che strangola, non senza usare con esso forte e pericolosa compressione sul viscere strangolato.

c. Coltelli sbrigliatori; erniotomi speciali, semplici, nascosti ec.

Fino da quando la Erniotomia entrò nella pratica chirurgica, ammirando e non lodando, chi per sbrigliare servivasi di un coltello comune retto o convesso, ma appuntato (Bell), anche quando la punta veniva garantita dal polpastrello del dito conduttore, si sentì dai pratici il desiderio di usare coltelli speciali; i quali, essendo particolarmente adoperati per l'ernia strangolata, furono detti *erniotomi* o meglio *sbrigliatori* dell'ernia strozzata. Non piccolo è il numero di essi, nè tutti sono opportuni. Il coltello retto, lungo, forte, bottonato, fasciato, se occorre, con una fettuccia fin verso il bottone, lasciando libero per poco tratto il filo del taglio sotto il bottone stesso, sarebbe, come già dissi, l'istrumento il più semplice e comune. Ma, siccome bisogna che esso giri e s'interni spesso in parti profonde e sia guidato dal dito che si curva, meglio corrisponde il coltello curvo parimente bottonato e che abbia il taglio nella sua concavità. Vedete questi antichi erniotomi del Garengéot

destinati allo sbrigliamento (Fig. 22); vedeste quello del Pott (fig. 11) che è prezioso sbrigliatore, e quello del Cooper (fig. 12)

Fig. 22. Coltelli erniarj del Garengot.

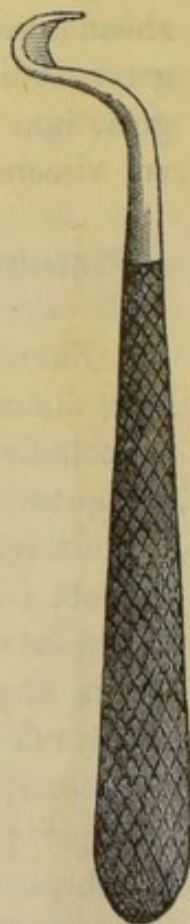
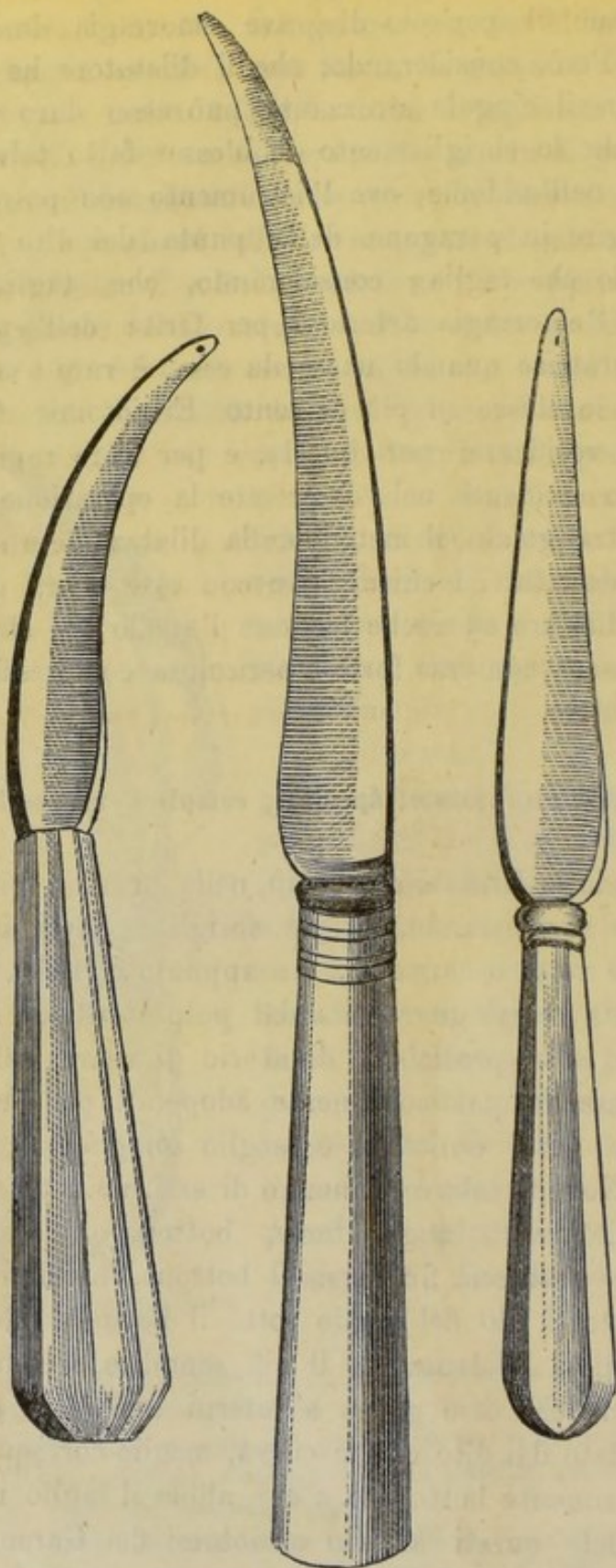


Fig. 23. Sbrigliatore del Thompson.

che ha il pregio di essere tagliente per due centimetri soli sotto il bottone olivare e nella sua parte concava. Vedete questo singolare uncino del Thompson (Fig. 23), quest'altro del

Tesse (Fig. 24) che è retto ed ha un rialzo convesso tagliente, e questo pure incappucciato del Grizmala (F. 25) che limita il taglio poichè il coltello esce poco dalla sua custodia, e questo del Grevi (Fig. 26), che a quel del Grizmala molto somiglia, ed uno del Palamidessi (Fig. 27) che è una copia del coltello aponevrotico del Belmas per il taglio ipogastrico vescicale. In certi casi io mi son servito, specialmente per le ernie crurali, di questo sbrigliatore (fig. 28), del quale non conosco l'inventore

se non è Germanico, e che è un coltelletto retto bottonato in asta, sul cui tagliente scorre un bottoncino fesso, che, per mezzo di un fusticello scorsojo, si può fare ascender e discendere, limitando a volontà l'estensione del filo che taglia.

G. L. Petit, temendo della emorragia arteriosa, servivasi di un coltello bottonato, di cui il taglio, più che a coltello, era ridotto a *lima*, e ciò per incidere francamente

Fig. 24. Sbrigliatore del Tesse.



Fig. 25. Coltello Erniotomo di Grizmala.

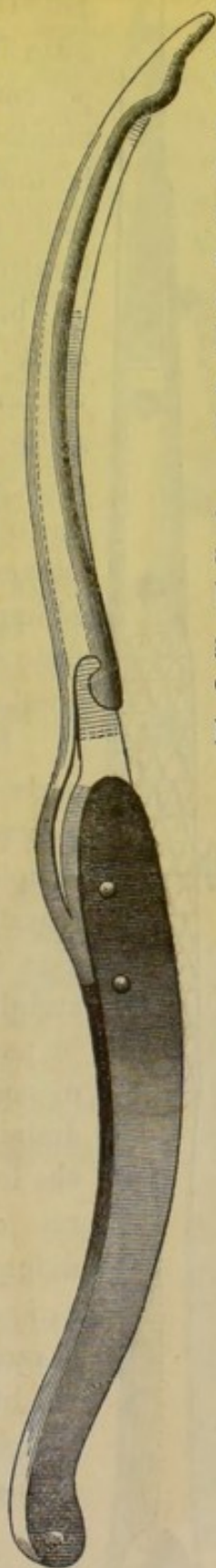


Fig. 26. Erniotomo del Grevi.



le parti fibrose e tese senza offendere le molli e vascolose. Anche

il Dupuytren volle il suo sbrigliatore, che era curvo, bottonato e tagliente sotto il bottone per un limitato tratto, non dalla parte concava, ma dalla convessa, preferendo egli di sbrigliare di fuori in dentro. L' erniotomo scelto da Richerand era retto, smusso fino a sei linee sotto il bottone, ed il bottone era lungo ed olivare.



FIG. 27. Erniotomo del Palamidessi.

FIG. 28. Erniotomo con bottone scorsojo sul tagliente.



Singolare è un erniotomo dello Chaumas (Fig. 29), il quale, sotto il bottone a linguetta, un po' curvato, e con tagliente limitato sulla concavità e sotto il bottone, ha due alette trasverse, simili ad operculi o a conchiglia bivalve, le quali alette, premendo un bottoncino, possono facilmente discendere o ascendere avvicinandosi al bottone. Queste alette dovrebbero, piccole come sono, difendere il viscere dall'essere offeso. Credo che con questo istrumento sia resa più difficile ed impacciata la Erniotomia. Par fatto da chi non ebbe pratica di questa operazione.

Non voglio lasciare questa parte storica strumentale senza sottoporre agli occhi vostri l'esempio di tre erniotomi che ho trovato nelle opere di Chirurgia. Uno è un grazioso ed elegante sbrigliatore (Fig. 30), modellato in parte sul rozzo di Bienaise, di cui talvolta usò il Prof. Andreini Clinico in S. Maria Nuova, che lo fece fabbricare e del quale rese conto il Prof. Biagi allora di lui ajuto⁽¹⁾. Questo erniotomo, se io fossi amico di questi ferri, si raccomanda, se non per la sua solidità, certamente per la sua semplicità ed eleganza. In parte simile a questo è quello inventato

⁽¹⁾ Di un bisturi erniotomo nascosto del Prof. Andreini. Firenze 1829.

e adoperato dal Prof. Fuschini (Fig. 31) ⁽¹⁾. Esso agisce a somiglianza del Litotomo nascosto di fra Cosimo per la Cistotomia: taglia per breve tratto e dalla sua concavità al pari dell'erniotomo del Cooper ed il Fuschini lo usò con frutto. Il terzo strumento, parimente nascosto e foggiato sul *Kiotomo* tonsillare del Desault, è quello reso pubblico dal Prof. Pacini ⁽²⁾ e che qui è figurato (Fig. 32). La lunetta che in esso si vede, deve insinuarsi fra il viscere strozzato e l'anello che serra, e il coltello nascosto, spinto verso il fondo cieco della cannula, ed avendo il tagliente obliquo com' ha il kiotomo e la mannaja della Ghillottina, deve incidere e sbrigliare l'anello stesso. Non so se questo Erniotomo sia stato messo alla prova. L'autore lo raccomanda per li sbrigliamenti multipli.

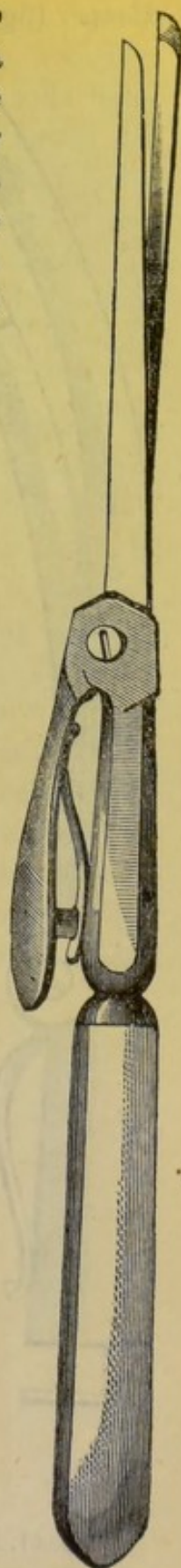
Altri Erniotomi sono stati immaginati dai chirurghi (Menici, Guarini ec.) per sbrigliare le ernie strangolate. Ma questi, essendo particolarmente applicabili alle ernie femorali o crurali, ne terrò parola, e ne mostrerò i disegni, trattando delle medesime ernie nella seconda parte di questo lavoro.

Di questi molti ferri, la cui parte maggiore è da mettersi a mostra negli istorici Armamentari Chirurgici, quelli che rimasero e rimarranno per i bisogni della Erniotomia, sono; l'erniotomo di Pott (fig. 11), quello di

Fig. 29. Erniotomo ad alette mobili di Chaumas.



Fig. 30. Erniotomo nascosto dell'Andreini.



⁽¹⁾ *Relazione di Operazioni Chirurgiche.* Ravenna 1837.

⁽²⁾ *Annotazioni sopra un nuovo erniotomo.* Pisa, Nuovo Giornale dei Letterati Vol. XXXIII, pag. 37.

Cooper (fig. 12), il coltello comune retto e curvo, bottonato, in

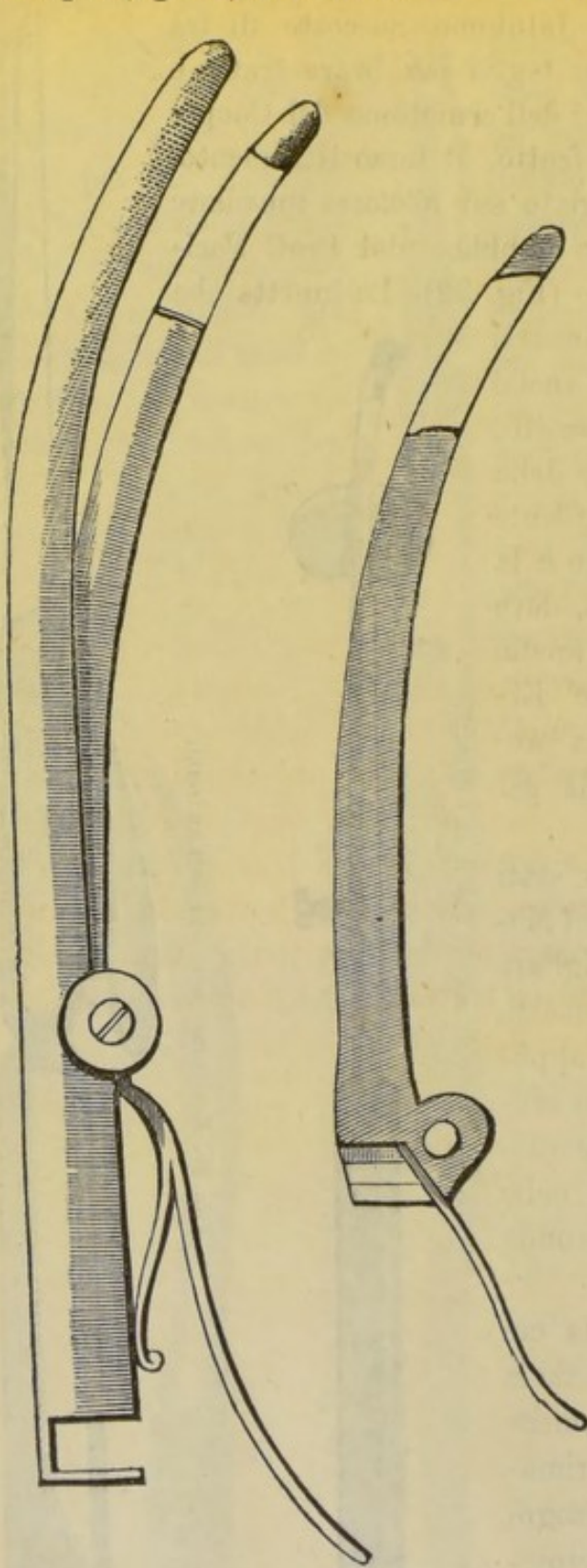


FIG. 31. Erniotomo nascosto del Fuschini.

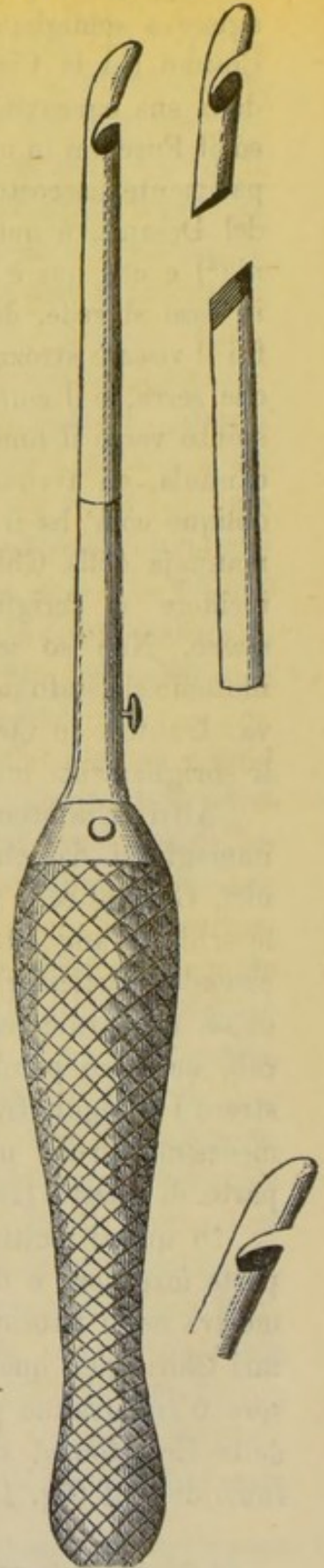


FIG. 32. Erniotomo del Pacini.

asta, forte e resistente, del quale, come ho detto, può essere limitato il taglio con una strisciola di lino, e quello sbrigliatore, che è un coltello bottonato retto, e che indicai colla figura 28, da me riconosciuto utile, poichè, potendosi col mezzo del bottoncino che scorre sul tagliente limitare od estendere facilmente la parte che taglia a nostra volontà, riunisce i pregi dei due Erniotomi di Pott e di Cooper ed ai coltellinaj sarebbe facile farne dei simili curvi col bottoncino limitatore del taglio, com' io ne ho fatti fare per la fistola dell'ano e che mi servono bene.

I conduttori o guide, state immaginate per eseguire lo sbrigliamento e garantire i visceri strangolati, hanno, almeno fra noi, ceduto al dito indice dell'operatore, e i conduttori-coltelli, dei quali vi detti qui alcuni esempi, o furono condannati all'oblio, o rimasero privilegio dei loro inventori. La operazione della Erniotomia è stata dunque molto semplicizzata; e, se si eccettuano taluni sbrigliatori speciali (Pott, Cooper), che possono essere suppliti dal comune coltello bottonato retto o curvo, non avvi strumento particolare, che sia, per compierla, assolutamente necessario. Fra i ferri che sono oggi raccolti nelle borse Chirurgiche complete, ed ove, se non trovasi l'erniotomo del Cooper, avvi certamente un coltello retto bottonato, si possono scegliere quelli necessari per la Erniotomia, come io dimostrerò nella prossima Lezione trattando del tempo e del modo di operare per l'ernia strangolata.

LEZIONE TREDICESIMA

Tempo e modo di eseguire la Erniotomia, e primo atto della Operazione.

Signori,

L'ordine che io mi sono proposto in queste Lezioni, portandomi ora a trattare del *tempo* e del *modo* di eseguire la Erniotomia (*Kelotomia, operazione per l'ernia strangolata ec*), vi prego a voler porgere tutta la vostra attenzione sopra argomenti cotanto importanti; i quali, non toccano della istoria, bensì della pratica dell' arte, e di un atto operatorio difficile in se e delicato molto, tanto perchè il campo della operazione è angusto sopra parti che potrebbe esser periglioso l' offendere senza un' assoluta necessità, quanto perchè, potendo essere varie, molteplici e singolari le condizioni patologiche nelle quali può trovarsi l'ernia che si deve operare, addimandano nell'operatore perizia, dottrina a conoscenza profonda dell'anatomia patologica dell'ernie stesse. Io penso che non vi possa esser chirurgo, il quale per la prima volta si conduca a sbrigliare un ernia strangolata, che non sia compreso da una certa trepidazione, nè saprei augurarmi bene di lui qualora non la provasse, poichè sarebbe segno, o della sua poca dottrina, o della sua poca pietà verso un infermo, che, per il suo male, si trova nel pericolo di perdere la vita, e che, per salvarla, a lui solo l'affida fiduciosamente.

E prima di tutto, discorrendovi del *tempo* opportuno dell'operare, sento il bisogno e il dovere di raccomandarvi, per quanto può essere in me di autorità dopo un lungo e appassionato esercizio dell'arte nostra, ad essere piuttosto *solleciti* che tardivi a ricorrere alla Erniotomia, essendo sempre molto maggiori ed anche irreparabili i danni che possono derivare all'ernia strangolata dall'attendere, di quelli pertinenti alla stessa operazione; la quale, quando fosse eseguita su parti sane, e come per esperimento se n'è fatta la prova sugli animali, non ha certamente quella gravezza e quel pericolo che i poco favorevoli alla Erniotomia, sono solleciti di attribuirle. La gravezza appartiene per la massima parte agli effetti derivati dall'ernia stata lungamente strangolata o dalla operazione che si compie in quelle speciali condizioni del male non favorevoli, non dall'atto operatorio in se medesimo. Quindi le statistiche *propizie* o *contrarie* di questa stessa operazione, bisogna, volendo seguire una regola logica e razionale che dia valore alle resultanze di esse, che siano compilate in guisa, da aver bene considerato il grado e la intensità dello strangolamento, la qualità dell'ernia, le cose tutte adoperate per ridurla compreso pure il taxis prolungato, ripetuto, forzato ec., e principalmente poi il tempo trascorso dal momento dello strangolamento a quello della operazione. Meglio poi sarà il pentirsi di avere operato troppo sollecitamente, che l'essere stati tardi a venire in aiuto del povero ernioso, e quando, o la infiammazione rende gravissima la stessa operazione, o la cancrena non permette che essa sia condotta a buon fine.

E che questo consiglio che vi porgo e che caldamente vi raccomando, non sia il frutto della mia propria esperienza, la quale in faccia all'arte ch'io professo non avrebbe grandissimo valore, ma sia il resultato della universale pratica degli uomini più sperimentati in Chirurgia e di quelli che più particolarmente si occuparono delle ernie e della Erniotomia, ve lo confermi il savio giudizio di essi e questo vi sia inchiodato nella mente *con maggior chiovi che di mio sermone*.

Io non posso nè debbo negare, anzi affermo seguendo i resultati della esperienza, che alcune ernie strangolate, sia per la qualità dell'organo che è compresso e serrato (l'omento), sia per la poca intensità dello strangolamento, possono dar

tempo, permettere tutte le prove del taxis incruento senza infiammarsi, e dare agio al chirurgo di procrastinare la Erniotomia al terzo, quarto, quinto, e fino anche al ventesimo giorno, e di questa felice tardanza se ne citano taluni esempi non rari (Saviard, Ledran, Morand ec.). So pure, e lo asserisce Maligne (loc. cit.), che ogni ernia è malattia speciale, che ha le sue particolari indicazioni, e che sovente si sottrae ai canoni generali; e so pure, che le modalità dello strangolamento e li effetti che da esso derivano, non che la sede dell'ernia, ed il suo grande volume (strangolamento cronico), possono lodare l'altrui tardanza ad operare col taglio. Dico però e sostengo, che, dovendo in generale dare un savio precetto per venire opportunamente in aiuto dell'ernia strangolata coi nostri istrumenti, questo è *di affrettare e non ritardare* l'Erniotomia. Scegliere il tempo opportuno dell'operare è stato sempre per le ernie strangolate un punto difficile ed arduo per i pratici coscienziosi. Talora i segni tutti dello strangolamento sono imponenti e poco rilevanti le alterazioni per esso avvenute, talvolta invece si nota il contrario. Ciò che in un'ernia strangolata non avviene in un tempo lungo, può succedere in brevissimo tempo (la cancerena). Ed è appunto per questa mancanza della diretta corrispondenza fra cause ed effetto, fra alterazioni e sintomi, come già aveva avvertito lo Steidele (1), che il partito migliore che possa abbracciare il chirurgo è quello di sbrigliar *presto* un'ernia strangolata; sbrigliarla quando l'occasione ci potrebbe fuggire, quando col troppo dubitare si potrebbe venir tardi a porgere aiuto; sbrigliarla, quando ancora l'ernia non s'infiammò o cadde in cancerena; sbrigliarla finalmente, quando il taxis incruento non l'abbia irritata pensando che questo da alcuni chirurghi si vuole sia ripetuto molto, forzato, violento a due, a quattro mani ec. Allora, come si può giudicare del valore dell'Erniotomia, eseguita tardi e su di un'ernia contusa, ecchimosata, tutta pesta e guasta dalle manipolazioni infruttuose e prepotenti? Ed affinchè non paia che questo precetto *dell'operar presto*, vi sia consigliato da spirito partigiano, giacchè questa fu la mia pratica, e sia in opposizione a quanto ne

(1) Samuel von Beobacht B. 11, §. 175.

scrisse Heister (1), non vi sia grave che io lo avvalori colla autorità dei più stimati maestri, che, da un secolo e più, si occuparono della cura dell'ernia strangolata e della Erniotomia. Saviard avverte (comincio dal principio del secolo XVIII), *che non bisogna lasciar passare 24 ore senza operare uno che abbia l'ernia strangolata* (2). Garengot e Ledran, che furono esperti in questa operazione, raccomandarono sempre di esser pronti ad operare, nè lasciar trascorrere il tempo opportuno (3). Anche Petit seguì la loro pratica, e la confermò (4) colla sua lunga esperienza. Morand (5) così scrive: « Credo che vi siano pochi esempi di un così gran numero di operazioni per l'ernia strangolata quant'io n'ebbi nella mia pratica e di tante guarigioni. Credo poi e dichiaro, essere debitore di tanti fortunati successi alla legge che mi sono imposta *di non tardare a fare questa operazione quando i segni dello strangolamento si mostrano, e dopo due o tre prove di riduzione a breve intervallo di tempo* (a). Le Blanc (6) e Desault (7), furono debitori all'operar presto dei loro fortunati e qualche volta non sperati successi. Desault solea dire, che l'operazione espone a minor

(1) *De Kelotomiae abusu tollendo*. Helmst 1728.

(2) *Nouveau recueil d'Observations Chirurgicales: Obs. XIX*. Paris 1722.

(3) GARENGOT. *Traité des Opérat. Chirurg. V. 1*. LEDRAN. *Observ. de Chirurgie* Paris 1731. Vol. 2.

(4) *Traité des maladies Chir.* Paris, T. II.

(5) *Opusculs de Chirurgie*. Paris 1768, Part. II, pag. 160. Opusc. VII, *Hernies*.

(a) A proposito di Morand voglio qui rammentare un fatto che molto l'onora, e ch'egli ricorda nell'Art. V del Cap. VI della seconda Parte degli *Opuscoli* sopra citati, col titolo: *Del pericolo di adoperare inopportuna l'eloquenza nei Consigli*. Ecco il fatto: Essendo gravemente malato un ecclesiastico di gran nome, che era stato ferito da un pazzo nel petto, i medici credevano che fosse avvenuto ivi versamento sanguigno. Morand fu d'opinione contraria, e colla sua eloquenza trasse gli altri nella sua, che il male dipendesse da offesa dei nervi. Il malato morì, e sezionato fu trovato che il petto era pieno di sangue. Morand ne fu desolato e così scrive: « Questa poca esperienza, che io stesso dichiaro con coraggio, mi è stata anche rimproverata in un'opera pubblicata da Andry, mentre ferveva la disputa fra i Medici e i Chirurghi parigini. Io conserverò lungo tempo amara memoria del mio errore. E quantunque mi costi renderlo palese a tutti, pure, siccome l'esempio lo credo salutare, così lo confesso e lo pubblico, tanto più che l'opera di Andry, poco importante, potrebbe essere già posta in oblio ». Di queste lezioni di lealtà e di coraggio civile in faccia alla verità, non se ne trovano facilmente nei libri medici e conversando e vivendo fra li uomini.

(6) Loc. cit.

(7) *Oeuvres Chir. Hernies*.

pericolo di quello che il malato incorra col tardare. Dupuytren nelle sue Lezioni orali (Lez. XIX), dice: « noi abbiamo veduto sempre guarire un numero maggiore di erniosi operati nelle prime 12 ore dello strangolamento acuto, che in quelli operati dopo maggior tempo. Quando lo strangolamento è fatto dal colletto del sacco erniario bisogna essere anche più solleciti e fidar meno nella riduzione. L'ernia strangolata, dura, tesa, dolente, di rado rientra. Velpeau, che fu sì gran maestro in Chirurgia, scrive ⁽¹⁾, che l'Erniotomia ha minore speranza di riuscita quanto più tardi si faccia, e quanto più fu ripetuto e prolungato il taxis, ed aggiunge; che per condursi alla operazione non dobbiamo considerare il tempo trascorso dallo strangolamento, ma lo stato delle parti strangolate, e che l'ernia infiammata dev'essere operata subito. Nel Nouveau Dict. de Méd. et Chir. pratiques che si sta ora in Francia pubblicando da Jaccoud (T. XVIII, p. 607, Art. Hernies) mi son compiaciuto leggere queste precise parole; « nelle ernie piccole e di mediocre volume, si possono produrre occultamente e senza il corrispondente apparato fenomenale che ci spiega tutta l'acutezza del male, delle lesioni gravi, le quali ci potrebbero, non prevedute, sedurre ad attendere, e fare che l'Erniotomia venga tardi al soccorso. Tutti i più famosi Chirurghi di Francia, i quali per brevità non nomino, consigliarono dunque e consigliano la pronta Erniotomia quando da essa si vuol coglier frutto a prò dell'infelice ernioso. Che se alcuni di loro fidarono troppo nel taxis forzato, prolungato e progressivo, non lasciarono però di avvertire (Gosselin. op. cit. pag. 219), che essa deve essere eseguita ogni qualvolta ne è chiara la indicazione (la chiara indicazione sarà quella dello strangolamento operando sollecitamente), nè può mai essere procrastinata senza pregiudizio del malato. Dunque la pratica chirurgica in Francia, ove l'Erniotomia nacque e prosperò, è quella di operar presto le ernie addominali strangolate.

E presto, e più dei francesi, operarono ed operano i chirurghi Inglesi ed Alemanni.

Pott, che ci ha lasciato nelle sue Opere chirurgiche pregevoli e importanti lavori sulle ernie sciolte e strangolate ⁽²⁾,

⁽¹⁾ Oper. cit. T. IV, pag. 64 a 69.

⁽²⁾ PERCIVAL POTT. — *Chirurgical's Works*, T. I e III a pag. 286.

seguendo il consiglio dei suoi maggiori, fu *straordinariamente sollecito* e straordinariamente felice nella Erniotomia. Egli attendeva al taxis incruento per poco più di *due* ore! Beniamino Bell scrive; « invece di mettere un lungo e tedioso lasso di tempo ad operare in caso di ernia strangolata, *siate molto solleciti*. Attendendo, i guasti che si generano nell'ernia sono molto maggiori di quelli che si possono produrre colla operazione. Io vidi in un sol giorno cancrenarsi un'ernia intestinale: *l'aspettare ad operare è sempre un grande azzardo*. Quando i mezzi più semplici riescono infruttuosi, e questi provati *per poche ore*, (few hours), operate ⁽¹⁾.

Lawrance nel suo Trattato delle Ernie ⁽²⁾ dichiara: che *il pericolo del ritardo ad operare è sembrato tanto evidente ai migliori autori di chirurgia da avere essi con molta attenzione dimostrata la necessità di ricorrere prontamente a questa operazione. I più celebri pratici del continente sono d'accordo su questo punto coi chirurghi più famosi del nostro paese, e li effetti pericolosi e funesti della dilazione si trovano vivamente raccontati nelle loro opere.*

Hey, nelle sue Osserv. Pratiche di Chirurgia ⁽³⁾ presenta un quadro comparativo del risultato della Erniotomia praticata in tempo opportuno, o male a proposito ritardata. Quando egli cominciò la sua pratica considerava questa operazione come l'ultima risorsa e da impiegarsi soltanto quando era imminente il pericolo della vita, e quindi di cinque operati ne perse tre. Acquistata poi più esperienza sulli effetti perniciosi della rapidità della malattia, *presi il partito*, egli dice, *di attendere due o tre ore chiamato che io fossi presso un ernioso che avesse strangolata l'ernia da parecchie ore o da due o tre giorni, e allora su nove persi solo due operati. Io, mentre scrivo, ho fatto 36 volte l'Erniotomia, ed ho avuto spesso occasione di pentirmi di averla eseguita troppo tardi*, TROPPO PRESTO MAI.

A. Cooper, la cui opinione su questo argomento è autorevolissima, quanto la sua pratica fu estesa, trattando dell'ernia inguinale strangolata, dice: « *l'operazione quando è ben fatta*

⁽¹⁾ *A System of Surgery*. T. 1, pag. 297. Edimbourg 1790.

⁽²⁾ Trad. del Mazzoni. T. I, pag. 126.

⁽³⁾ *Practicals observ.* London pag. 145.

non è accompagnata nè è seguita da grave pericolo; il pericolo sorge quando essa è tardiva, e quando sono insorti i segni della infiammazione o della cancrena. Bisogna operar presto, nè si potrebbe mai abbastanza condannare un ritardo tanto pernicioso » ⁽¹⁾. Anche i chirurghi americani seguono i precetti di Pott, di Bell, di Lawrance e di Cooper confratelli inglesi, circa al tempo opportuno e sollecito dell'operare l'ernia strangolata, e fra i più recenti scrittori mi basti ricordare il celebre Warren, che scrisse sul bisogno di operar presto le ernie strozzate ⁽²⁾, ciò che ripeté dipoi anche Sayle ⁽³⁾ con molto savio accorgimento. Ma più di tutti severo e caldo propugnatore del *presto operare* fu in Germania il Richter ⁽⁴⁾; il quale, non solo inculcava e raccomandava ai chirurghi di porre ogni maggior sollecitudine nell'eseguire la Erniotomia, ma voleva ancora che l'ernia non fosse toccata innanzi o pochissimo toccata, e quasi inclinava a proscrivere il taxis, e far prove di riduzione incruenta. Lo stesso Heister riconobbe poi esercitando, *che l'operazione per l'ernia strangolata che non rientra, doveva esser fatta sollecitamente quanto più si poteva, e non aspettare che fossero passate le 24 ore* ⁽⁵⁾.

Chelius, nel suo Manuale di Chirurgia, discorrendo delle Ernie strangolate ⁽⁶⁾, scrive: *nello strozzamento infiammatorio delle ernie piccole, recenti, e quando è fatto dal colletto del sacco, ed in soggetti giovani e robusti, non si deve procrastinare la operazione, e questa può essere necessaria nelle prime otto o dodici ore.*

Che dirò della pratica degli Italiani chirurghi? L'insegnamenti dei più chiari maestri in Chirurgia di oltr'alpi, e quelli particolarmente del Monteggia, del Palletta, del Bertrandi, del Flajani, del Vaccà ec., e primo fra tutti del sommo Scarpa, avevano già ammonito noi ad essere piuttosto solleciti ad operare l'ernia strangolata, ed operarla innanzi di averla straziata

⁽¹⁾ Oper. cit. pag. 190.

⁽²⁾ Vedi *Gazette Médicale* 1845, pag. 797.

⁽³⁾ Della necessità della pronta operazione per l'ernia strangolata, *The Med. Times* 1847 e *Gaz. Méd. de Paris* 1847, pag. 598.

⁽⁴⁾ Trattato delle Ernie, Bonn 1785. *Abhandlung von den Brüchen*. Gottingen 1773.

⁽⁵⁾ Istituzioni Chirurgiche, T. II, Sez. V, Capitolo CXVI.

⁽⁶⁾ T. II, §. 1052. Ernie del ventre. Prima Lezione.

con manipolazioni molteplici e pericolose, nè ponendo troppa fidanza in mezzi insufficienti, che, solo adoperandoli, ci fanno perdere un tempo prezioso e fuggir l'occasione.Cogliere appunto questa occasione, nè troppo attendere, nè troppo tardare, è quel punto di pratica nel quale l'Italiani furono e sono valenti. Già Lorenzo Nannoni aveva scritto; *che l'Erniotomia tanto più sarà fatta sollecita e meglio sarà per l'ernioso* ⁽¹⁾. E prima di esso il Bertandi, nel suo Trattato delle Operazioni chirurgiche ⁽²⁾ aveva avvertito: *che questa operazione (la Erniotomia) per se stessa non è, come il volgo crede, sì spaventevole e pericolosa, ma l'esito infelice per lo più dipende dal farla troppo tardi, quando il malato può morire per la sola infiammazione o cancrena dell'intestini.*

Questo salutare precetto fu tenuto in gran conto dai chirurghi Italiani e seguito. I libri recenti venuti in luce qui in Italia dal principio del presente secolo su questo argomento delle ernie strangolate, e tengono fronte le Memorie dello Scarpa, ce lo rendono manifesto. Sentite quello che in proposito ne scrive lo stesso Scarpa (Memoria quarta sulle Ernie): « *in generale si tarda troppo a procedere alla incisione, motivo per cui io credo che parecchi maestri sommi nell'arte sono infelicissimi nella pratica di questa operazione, mentre molti altri chirurghi di gran lunga inferiori per dottrina ed abilità di mano, ma pronti ad operare, ne ottengono quasi sempre buon successo* ». Poi aggiunge: « *Ogni volta l'ernia si è prestamente ingrossata oltre il consueto, divenuta tesa e renitente alla pressione; che il corso delle fecce alimentari è assolutamente interrotto; che ogni mezzo di riposizione è riuscito inutile, l'operazione NON DEVE GIAMMAI ESSERE DIFFERITA, SIA CHE I SINTOMI SOPRA DESCRITTI SIANO GRAVI O MITI* ».

De Renzis e Ciccone, nelle loro Istituzioni di Patologia chirurgica (Napoli 1845), trattando dell'Erniotomia ⁽³⁾, dicono « *che se per essa alcuni infermi vi perdono la vita, non è per effetto immediato della operazione; la quale, comechè delicata e difficile, non è poi per se stessa sì grave che riesca pericolosa, più per i tessuti che offende, che per esser TARDI O MALAMENTE*

⁽¹⁾ Trattato delle Operazioni Chirurgiche, T. II, pag. 166, Pisa 1794.

⁽²⁾ Nizza 1763. pag. 23.

⁽³⁾ Tomo VII, pag. 392.

eseguita; e noi non siano mai contenti di ripetere, che questa è una operazione di tal sorte, che è meglio pentirsi per averla talvolta senza bisogno praticata, che per averla tardi eseguita».

Nelle Lezioni di Chirurgia di Andrea Ranzi, continuate con tanta dottrina dal Prof. A. Marcacci, si legge: « *per i veri strangolamenti è più sicuro al certo di procedere alla operazione, che di perdere un tempo prezioso in tentativi di riduzione quasi sempre inutili: forse i cattivi effetti attribuiti alle ripetute manovre, sono dovuti in gran parte alla perdita del tempo* ⁽¹⁾.

Il Dott. Agostino Barbieri, in un suo pregevolissimo libro, che onora la Chirurgia Lombarda ⁽²⁾, ove completamente è da esso tenuto ragionamento delle ernie strangolate, così saviamente scrive: « *analizzando i molti casi di Erniotomia da me osservati, oltre a quelli contenuti in questo Rendiconto, io ho col Richard* ⁽³⁾ *la convinzione, che la Erniotomia fatta di buon ora, cioè nelle prime 24 ore dello strangolamento, e della quale tutti i suoi tempi non abbiano lasciato niente a desiderare, è 19 volte su 20 coronata da felice successo!!* ». Poi a pag. 81 aggiunge: « *Dalla massima sollecitudine, dalla più studiata prudenza furono animati i funzionari della Guardia nei casi di ernia strangolata, ben persuasi che è dal minore indugio ad agire e dall'agir bene, che dipende l'esito buono in malati di cotal genere* ».

E, lasciando ora di addurre altre citazioni, mi par conveniente il concludere; che, se mettiamo da parte alcuni chirurghi del nostro paese, i quali soverchiamente fidano nella efficacia del taxis incruento, la condotta dei pratici Italiani fu ed è sempre per l'ernie strangolate pronta, savia, prudente, accorta e sollecitamente operosa.

Firenze è città ove sono molto frequenti le ernie addominali: lo sanno i venditori e fornitori di cinti erniari; quindi allo Spedale di S. Maria Nuova sono spesso condotti dell'infelici che hanno l'ernia strangolata, ove fatti alcuni tentativi di riduzione, sono presto operati. Le statistiche di questo stesso

⁽¹⁾ Lezione 12.ma, pag. 476.

⁽²⁾ Rendiconto della Guardia Chirurgica dello Spedale Maggiore di Milano per l'anno 1869, Milano 1870, pag. 65.

⁽³⁾ *Pratique journalière de Chirurgie*. Paris 1868.

Spedale e della Clinica chirurgica rispetto alla Erniotomia furono e credo siano ancora piuttosto felici, poichè è uso l'operar presto e quando il male è recente, senza attendere che siano insorti li effetti più gravi e perigliosi dello strangolamento, i quali non arrestati ma anzi peggiorati colla stessa operazione perchè fatta su parti assai alterate e guaste, conduce ben sovente a morte li operati. Se ne ha la prova su quelli erniosi che ci vengono dalla campagna dopo due, tre o più giorni di strangolamento. Il consiglio del Nannoni di esser pronti ad operare, fu seguito nel nostro Spedale da quelli che gli tennero dietro nell'insegnamento chirurgico. L'Andreini che fu mio maestro, e che operava l'ernia strangolata con molta destrezza e delicatezza e che poi medicava i suoi operati con singolare semplicità, fece una statistica della Erniotomia; la quale, inviata all'Istituto di Francia, parve a quei savi meravigliosa per le tante guarigioni ottenute, e n'ebbe sincerissime lodi. Il Prof. Paoli, di lui allievo ed aiuto, ora distinto oculista dell'Istituto nostro, e che tenne la Clinica alcun tempo seguendo le tracce dell'Andreini, fu pur felice in questa operazione per l'ernia strangolata; e felice egualmente fu il Prof. Zannetti, della cui amicizia e benevolenza mi allieto, ed al quale debbo l'aver egli con amore paterno indirizzato i miei primi passi allo studio ed all'esercizio dell'arte; e felici in pari modo furono e saranno quelli, che in questa onorata scuola fiorentina seguirono e seguiranno i savi precetti di quei maestri che raccomandarono la sollecitudine nell'operare le ernie strangolate.

Lasciando dunque alla prudenza ed all'esperienza del pratico e savio chirurgo lo stabilire, quando la Erniotomia possa essere procrastinata, e quando si possa aver fiducia di salvezza coll'aiuto dei più miti compensi di riduzione, credo poter concludere senza alcun dubbio nel giudicare e colla autorità dei più eminenti chirurghi, *che in generale la Erniotomia quanto più sollecitamente verrà eseguita e sopra ernie poco tormentate, e tanto maggiore sarà la probabilità del buon esito della operazione.*

Ora, dovendo trattare della Erniotomia, che è vasto argomento di studio e di pratica da toglier lena ai più volentieri, illustrato da insigni patologi e chirurghi, e variato tanto quanto son vari i modi e le forme dell'ernia strangolata, non che le

sue complicate e li ostacoli insoliti all'operatore esperto quanto mai esser possa, io, per maggior chiarezza, e seguendo in alcun modo le norme tracciate già dai dotti nell'arte, dividerò questo argomento o Trattato generale della Erniotomia in queste cinque principali parti, che sono ;

1.^o Della operazione considerata e studiata nella sua maggiore semplicità, senzachè, nè per parte di chi opera, nè per cause speciali morbose dipendenti dall'ernia stessa, l'operatore s'imbatta in complicate particolari: Erniotomia regolare in ernia strangolata semplice ;

2.^o Delle varietà e delle modificazioni addotte dai chirurghi vecchi e nuovi alla ordinaria maniera di Erniotomia, ossia metodi e processi speciali consigliati per eseguirla ;

3.^o Delli accidenti che possono intravvenire operando, sia per colpa dell'operatore, sia per disposizione anormale delli organi che circondano l'ernia stessa, e specialmente dei vasi sanguigni ;

4.^o Delle complicate che, per cagioni anatomico-patologiche può presentare l'ernia strangolata, e della necessità di modificare, secondo richiede il bisogno, l'atto operatorio e provvedere con particolari aiuti allo speciale stato morbo dell'ernia, quale esso sia ;

5.^o Del valore dell'Erniotomia.

A. Erniotomia; metodo ordinario per eseguirla. Apparecchio istrumentale; posizione dell'operando, dell'operatore, delli ajuti; atto operatorio distinto in quattro tempi; 1.^o incisione della pelle fino al sacco erniario, 2.^o incisione del sacco, 3.^o sbrigliamento, 4.^o riposizione.

L'apparecchio istrumentale che deve mettere in pronto il chirurgo per questa operazione, è molto semplice, non occorrendo per eseguirla, quando non s'incontrino speciali complicate che un solo strumento particolare, *lo sbrigliatore*; il quale, come può essere quello del Pott o del Cooper, può esser pure il coltello bottonato retto o curvo, fisso sul manico, resistente da non brandire, e del quale a volontà può essere limitato il filo tagliente col mezzo di una fasciolina. Utile sarà pure, nel primo e nel secondo atto operatorio, un piccolo uncinetto ap-

Fig. 33. — Oncino appuntato.



puntato, quale è qui rappresentato (*fig. 33*), col quale e con maggior cautela e delicatezza che far si possa usando delle pinzette ordinarie da dissezione, si possono sollevare ed escidere li strati sotto-cutanei, giungere sul sacco erniario, escidere piccola parte di esso, e in questo modo, e con queste limitate escisioni, dar facilità alle tente e conduttori di penetrare fra strato e strato membranoso ed anche fra il sacco e il viscere strangolato.

L'operatore apparecchierà pure un coltello panciuto bene affilato, uno retto appuntato di ordinaria grandezza ed uno più piccolo a lama stretta; apparecchierà due tente o conduttori dei coltelli, uno dei conduttori aguzzo da poter pungere e penetrare fra strato e strato dell'inviluppi erniari, l'altro smusso che termini a fossetta cieca; questi conduttori debbono avere i loro solchi piuttosto fondi, e nei quali la punta del coltello retto possa insinuarsi senza uscirne facilmente: apparecchierà forbici rette e curve non appuntate ed una piccolissima retta appuntata con larghi anelli, che serva ad escidere le membrane ed il sacco sollevato dall'oncino. Completeranno l'apparecchio, le pinzette da dissezione che stringano bene in punta, li aghi curvi di diversa grandezza, li spilli da sutura quando far si voglia, oncini smussi ad S per dilatare le parti incise quando occorra, fili, lacci, spugne, e tuttociò che si suole mettere in ordine quando ci accingiamo a una grande operazione, quale è appunto l'Eruiotomia; quindi cerotti, pezza bucherellata ed unta, faldelle di fila, compresse lunghette e rettangolari, fascia a uno o due capi, catinelle con acqua calda ec. ec. Si avverta che è bene che lo sbrigliatore non abbia il tagliente troppo affilato.

Fatto che abbia l'apparecchio necessario, lungi dallo sguardo dell'operando, il quale apparecchio presto si mette in ordine e quasi interamente con quei ferri che ogni chirurgo porta nella sua borsa tascabile, bisogna che il chirurgo si occupi a disporre l'ernioso nella miglior posizione, la quale possa esser comoda per esso e per li assistenti, e nella quale può essere necessario ch'essi debbano rimanere un tempo non breve. L'ernioso poserà orizzontale, disteso, supino, con le estremità

inferiori congiunte colla testa un po' piegata sul petto e col bacino alquanto sollevato, affinchè il tumore sporga di più. Il letto deve esser duro, non elastico, e, se occorre, si faccia mettere un asse fra materassa e saccone, ma essenzialmente deve essere stretto, onde l'operatore possa giovarsi dell'assistente che deve stargli in faccia. L'altezza di questo letto deve esser tale, che il suo orlo sia a livello del petto dell'operatore stesso, stando egli in piedi. Queste condizioni necessarie del letto operatorio, si possono, quando non si trovano, procacciare ovunque con qualche artificio, sia col giovarsi di una tavola, sulla quale si pone un materasso e, sovr'esso il malato, sia raddoppiando un materasso, o sovrapponendone due o tre, finchè l'altezza giunga, secondo il bisogno, alla misura. Fa d'uopo cercare che l'operando riposi stabilmente, nè possa vacillare, e che l'operatore non sia obbligato a chinarsi troppo, assidersi o mettersi in ginocchio o rimanere in una posizione faticosa od incerta, ma possa invece, stando in piedi, comodamente fare e governare la sua operazione. In molti delli Spedali vi sono tavole su cavalletti, o letti speciali adatti alla Erniotomia. L'operatore si situa a destra del malato, non fra le gambe pendenti e divaricate di esso, quando si fosse posto al piè del letto, come vorrebbero e praticarono taluni valenti chirurghi inglesi (Pott, Cooper ec.). Un ajuto capace, e nel quale l'operatore abbia la maggior fiducia, si pone in faccia ad esso, e coopera alla operazione: altro ajuto, a destra del chirurgo, ministra la tavoletta dei ferri, e due altri assistenti, uno alla testa ed uno alle gambe si occupano o di cloroformizzare se occorre o di tener fermo il malato. Quando io cominciai i miei corsi Clinici, vidi sempre fra noi legare li erniosi, che dovevano esser sottoposti alla Erniotomia e legarli coi polsi incrociati. Io ebbi ribrezzo a seguir questa pratica barbara e crudele da altri già abbandonata. Un lenzuolo posto a traverso sul petto, e sotto il quale si nascondono le mani e un altro in egual modo messo sulle coscie e sulle gambe, e che si possono rimboccare sotto il materasso, valgono a tener fermo l'operando, e a ben mettere in evidenza la regione che deve esser campo dell'atto operatorio. Occorre poi che l'operatore, sia di giorno sia di notte, abbia chiara luce ed in modo diretta, che le sue mani, operando, non facciano ombra sulla ferita. Degli ajuti, il solo assolutamente necessario, senza il

quale niun chirurgo dovrebbe mai accingersi alla Erniotomia, è quello che può chiamarsi il cooperatore indispensabile dell'atto operatorio, quello che sta in faccia a chi opera.

La Erniotomia, il cui oggetto è quello di render libera, tagliando e sbrigliando, un'ernia strangolata da un laccio organico, è operazione complessa; si compone di atti diversi e distinti, il cui scopo è determinato, e perciò appunto, studiata nella sua maggiore semplicità e in quel modo che può essere eseguita senza incontrare ostacoli, complicate e difficoltà (metodo ordinario), può comprendere secondo il parlar delle scuole, *quattro tempi o atti speciali*. Col 1.^o dei quali si mira e ci si adopera di ritrovare il sacco erniario, tagliando la pelle e le membrane che lo ricuoprono: col 2.^o di aprire il sacco stesso e fare attento esame del viscere o dei visceri strangolati: col 3.^o di sbrigliare, e col taglio del cingolo strangolante render libera l'ernia stessa: col 4.^o procacciare la reintroduzione nel ventre dei visceri usciti fuori, che è precisamente lo scopo finale di questa operazione, difficile sempre, delicata, paziente, ed, eseguendo la quale, il chirurgo si studierà, non di far presto (cito) come quando compie un'amputazione o disarticolazione delle membra, ma di far bene (tute), giacchè la troppa sollecitudine, e, volendo egli compendiare in uno tempi diversi dell'atto operatorio, potrebbe togliersi fama e precipitare il misero ernioso nel sepolcro. La Erniotomia è operazione per la quale bisogna che la mano di chi opera sia lieve all'infermo, leggiera sempre e abituata a quelli atti delicati delle delicatissime operazioni, ove il campo è ristretto e li organi son piccoli, complicati nella struttura loro e tali da non tollerare inutili offese. Quando io dicessi che questa operazione la metto a pari di quella che li oculisti fanno per togliere la cataratta, forse direi troppo, ma direi sempre il vero. Aprire, e lo vidi io talvolta, con un colpo di coltello un'ernia, come si farebbe di un limone, è atto inconveniente e pericoloso, che i poco esercitati fanno talora per mostrar di sapere assai su li altri e, colla presunzione di vincere coll'inutile audacia i prudenti consigli, parere di trionfare di essi; è atto che i maestri, quando anche potessero essere sicuri del fatto loro, non dovrebbero mai mostrare, e molto meno insegnare. I pericoli, e lo dirò in appresso, sono evidenti, nè, così facendo, mancano istorie di casi miserandi. Se la me-

dicina, lo disse il Baglivi, *tota prudentia est*, ha la sua necessaria prudenza anche l'arte operatoria, e lo sanno i savi chirurghi, i quali fanno del *modo sicuro*, e non del *tempo breve*, fondamento alla loro pratica. Se per fare la Erniotomia, che non è poi, rimpetto a tante altre, operazione molto dolorosa, e che dev'esser ben fatta, men presto, s'impiegano cinque, dieci o quindici minuti di più, che monta?

a) *Primo tempo o atto operatorio: incisione della pelle e dell'involucro erniari fino al sacco.*

Apparecchiati dunque l'istrumenti sopra una tavoletta, un vassoio ec., con quell'ordine col quale via via debbono venire a mano; posto l'operando, e postosi l'operatore e li ajuti nel modo sopra indicato; rasi sull'ernia i peli e per non piccolo tratto intorno ove debbono, oltre il taglio, distendersi i cerotti; lavata bene ed asciugata la parte, il chirurgo fa la prima incisione, la quale comprende in generale la pelle e la fascia superficiale. La pelle, se è libera e scorrevole, può, nel mezzo del tumore ernioso, essere sollevata in piega, la quale tagli ad angolo retto il maggior diametro del tumore stesso, e questa piega tesa che sia, e tenuta dall'operatore da una parte e dall'aiuto dall'altra, deve essere incisa, o per *trasfissione* dalla sua base fino all'orlo libero, o meglio e più regolarmente dal suo orlo libero verso la base, facendo ciò in un sol tratto, e col coltello retto se ei adopera il primo modo, o col panciuto se preferisce il secondo. Dato che l'ernia sia voluminosa, e quindi una sola piega non basti, se ne fanno due o tre, procedendo dopo la prima dall'angolo superiore della ferita onde avvicinarsi e distendersi verso il punto dello strangolamento, o dall'angolo inferiore, onde togliere alla ferita stessa quel basso infundibolo che ne resulterebbe, ridotta l'ernia, e nel quale, suppurando essa, la marcia si raccoglierebbe e obbligherebbe poi, per farla uscire, ad un altro taglio. Se poi la pelle si è fatta adesa ai sottoposti tessuti, nè può affatto sollevarsi e piegarsi, e questo succede quando si operano ernie da molto tempo acutamente strangolate ed infiammate o anche cancrenate, allora l'operatore, a mano sospesa e col coltello panciuto ne fa il taglio per tutta quella necessaria estensione richiesta dal volume dell'ernia e lo fa con la maggior cautela, cercando di non approfondire troppo l'istrumento, affinchè,

alcune ernie potendo essere superficiali, la ombellicale per esempio, non gli accada di aprire a un tratto l'intestino qualora esso sia ernioso. La incisione, che deve seguitare ed estendersi *retta* per tutto il maggior diametro del tumore ernioso, atteso la di lui forma e volume e special sede del male, può anche esser fatta a mezza luna, a T, a L, a croce ec.

Compiuto che sia questo primo taglio, e divaricati quanto si stima necessario i suoi orli, senza disseccare intorno il tumore con le dita, le spatole ed il coltello come insegnarono senza frutto alcuni antichi chirurghi, collo scopo, ridotta che fosse l'ernia sbrigliata, di distruggere il sacco e cacciarlo nel canale, l'operatore, là ove l'ernia si mostra più tesa e rilevata, insinua la tenta appuntata, e, facendola scorrere sopra e sotto, taglia via via le membrane che involgono il sacco, sia col coltellino retto appuntato, sia colle forbicette parimente appuntate, guidate nella solcatura della tenta stessa, avendo cura nel fare questa incisione, o di sollevare la punta di essa tenta, o di garantirla colla estremità o polpastrello del sinistro indice suo dito, onde tagliando non siano offese parti che debbono essere rispettate. Può anche, invece della tenta appuntata, servirsi chi opera della pinzetta da dissezione; con essa sollevare li strati cellulo-fibrosi ed esciderli tratto tratto col coltello tenuto ad archetto da violino, facendo così una breccia fino al sacco. Ma così facendo se si può far più presto, restringendosi il campo della operazione, e meno vedendo il fatto suo, si può anche correre maggior pericolo e aprir più facile la via all'errore. Così procedendo l'operatore giunge sul sacco erniario e compie questo primo *atto* o *tempo* della operazione. In ciò forse può essere aiutato dalla conoscenza anatomica delle fascie normali che cuoprono e involgono la regione sulla quale deve operare e ch'egli deve perfettamente avere in mente. Ma, oltrechè li anatomici non sono concordi sul numero di questi involucri, specialmente per l'ernia inguinale, accade poi per l'antichità della malattia, per la pressione dei cinti, e per quelle circoscritte infiammazioncelle alle quali va soggetta l'ernia a tempo a tempo, e principalmente poi per quelle particolari alterazioni che lentamente si generano fra la pelle ed il sacco, che il numero delle membrane che s'incidono, inspessite o raddoppiate, ed anche fra loro adese si trovi maggiore o

minore di quello che li anatomici accorderebbero dovessero essere, per arrivare sul sacco. E questa è cosa importantissima da doversi sapere nella pratica della Erniotomia, onde non si creda essere sul sacco quando non vi siam giunti, o invece ci si trovi dentro quando si pensi esserne fuori. La conoscenza anatomica della regione sulla quale si opera, è il fondamento di tutto l'atto operatorio; ma, in questo e negli altri tempi della operazione, non soccorre abbastanza e più aiuta la pratica dell'aver operato molto per questo male, ed altri segni, dei quali mi giova qui tener conto per la utilità che ne può venire, non tanto ai nuovi, quanto agli esperti operatori, ai quali non potranno mai esser discare queste pratiche considerazioni, sapendo essi quali e quante siano le difficoltà ed i pericoli che circondano tale operazione. Il sacco erniario ordinariamente si presenta coll'apparenza di membrana sierosa sottile lucida trasparente, attraverso la quale può anche vedersi, o il giallo colore dell'omento, o il rosso bruno dell'intestino. Ma questi caratteri sono essi sufficienti? Quanti chirurghi valenti e valentissimi crederono avere sbrigliato dentro del sacco ed eran fuori e quindi rintrodursero a forza un'ernia sempre strangolata! quanti tagliarono l'intestino avendo la fiducia, non solo di non esser giunti al viscere, ma non avere neppure aperto il sacco! Vidi colleghi valenti ad esclamare, ed io stesso mi trovai più volte a domandare a me stesso ed agli astanti, *sono nel sacco o fuori?* Saviard racconta ⁽¹⁾, (ed è il primo caso che si conosca di ernia strangolata ridotta *in massa durante la Erniotomia*), che operando per un bubbonoccele strozzato e descrivendo la operazione: « ch'ei non fece come un altro chirurgo, il quale, essendosi ostinato a volere che il sacco erniario fosse l'intestino, lo separò in giro e lo ridusse nel ventre, onde il malato essendo morto dopo alcune ore feci, egli dice, l'apertura del cadavere per mia istruzione, e trovai l'intestino sempre strangolato nell'anello, e il sacco intero, ch'egli aveva fatto rientrar nell'addome ».

I segni per i quali l'operatore può presumere di essere *sul sacco* e non sull'intestino, e poi *sull'intestino*, sono i seguenti,

⁽¹⁾ *Nouveau recueil d'observations chirurgicales*. Observ. xix, Paris 1702.

indicati specialmente da Federigo Pauli ⁽¹⁾; *sul sacco*, 1.^o la profondità dei tessuti e strati incisi secondo la qualità dell'ernia; 2.^o la mancanza di scolo di siero; 3.^o presentare il tumore qua e là degli infossamenti, dei rialzi e delle ineguaglianze, specialmente se l'ernia è antica ed infiammata; 4.^o la trasparenza del tumore per il liquido nel sacco, particolarmente nella parte inferiore del tumore stesso; 5.^o il non vedere, quando il tumore è voluminoso, le anse intestinali e l'omento; 6.^o il trovarsi fra delle glebe grasse di cui l'intestino è privo; 7.^o il non poter giungere col dito a sentire la sede dello strangolamento; 8.^o il colore pallido opalino, non rosso bruno che ordinariamente mostra l'intestino; 9.^o il potere sopra il tumore sollevare una sottil membranella, che è il sacco; 10.^o la forma irregolare complessa di tutto il tumore; 11.^o la disposizione dei vasi che serpeggiano sul sacco stesso e non sull'intestino. Quando poi l'operatore ha inciso realmente il sacco ed è *sull'intestino*, i segni dell'esservi giunto sono in generale; 1.^o vedere un tumore liscio, non tuberoso con seni ed infossamenti; 2.^o l'essere ad un certo punto della operazione scolato del siero; 3.^o il riconoscere proprio le anse intestinali e l'omento; 4.^o il colore rosso vivo, rosso-fosco dei visceri coperti anche da essudazione plastica o falsa membrana; 5.^o la direzione dei vasi sanguigni che è trasversale all'intestino; 6.^o la immobilità dei visceri strangolati; 7.^o il potere col dito giungere a sentire la sede dello strangolamento. Ad onta però di questi segni che possono alquanto aiutare l'operatore, egli si persuada pure e si convinca, che non gli mancheranno i casi nei quali rimarrà dubbioso e perplesso, e per i quali farà mestieri ch'egli raddoppi le sue cautele. Per eseguire questo primo tempo della operazione, durante il quale possono essere incisi alcuni vasi arteriosi piccoli e venosi maggiori, e quelli essere legati, compressi o torti, il Louis ha dato a chi impara un pessimo esempio e un pericoloso precetto. Egli, fatta la incisione della pelle, penetrava addirittura nel sacco, immergendo nella parte inferiore e talvolta dell'ernia una tenta solcata e

⁽¹⁾ *Annales de la Société Méd. de Liège*, Le Scalpel 1870. Vedi anche *L'Indipendente*, Giornale Medico. Torino. Anno 1871, n. 6, 25 Marzo.

appunta, e tagliando sovr' essa ciò che su vi si trovava ⁽¹⁾. Lo scopo di questo atto audace era quello di *abbreviare* la operazione, quando il prolungarla in questi tagli delle membrane, procaccia al malato lievissimo dolore. In tutte le operazioni, ma specialmente in questa della Erniotomia, erra chi mira al presto e non al bene. E siccome l'imitatori vincono sempre i maestri nei loro errori, di rado nei pregi loro, se specialmente facendo male, si mostra ardimento e valore, così dopo Louis vennero quelli, che facendo da bravi, e sdegnosi di perdere un tempo da essi reputato inutile, insegnarono di tagliare e tagliarono l'inviluppi erniari, fino la pelle, in un sol colpo di coltello, e tagliarono, ed io lo vidi con i miei propri occhi, pure in un sol colpo, l'intestino. Io non potrò mai abbastanza biasimare e condannare questa temerità, la quale può sapere odore di volontaria criminosa colpa, ed è pure condannata dai più savi maestri, quando ci si dia la pena di consultare le loro opere, e tutto quanto essi andarono dicendo trattando delle ernie e della Erniotomia. Quindi non so lodare un recente scrittore, chirurgo d'altronde valente, il quale scrivendo di questa operazione ⁽²⁾ dice, che bisogna entrare *a colpo* nel sacco erniario e fugare *un avanzo di paura* che hanno sempre i chirurghi. Io da lui, mi scusi, se ne avessi il bisogno, non mi farei operare, e do a voi, egregi giovani il medesimo consiglio. Anche l'audacia deve avere i suoi confini e li segna la scienza e l'esperienza: oltrepassati che siano, si corre per la via della temerità che conduce a rovina. Ricordiamoci che alle nostre mani è affidata la vita dei nostri fratelli; tuteliamola quanto si può, e per salvarla, non ci paia soverchio lo spendere anche *li avanzi della prudenza*. Quali vantaggi reali e certi abbiamo noi entrando a colpo nel sacco erniario? quello solo di far risparmio di qualche minuto del tempo necessario all'intero atto operatorio; quello di rendere, come dicono i partigiani di questa pratica, più *brillante* l'operazione. I brillanti lasciamoli alla vanità femminile ed al lusso orientale. Qui si può trattare di vita o di morte. Se l'ernia è *secca*, che vuol dir senza siero nel sacco, e intestinale e adesa, chi difende dal

⁽¹⁾ *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, T. IV, pag. 287.

⁽²⁾ *Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna*, Serie 4, T. XVII, anno 1862.

taglio l'intestino? E quando esso sia tagliato in più luoghi o largamente, chi si fida di poterlo ricucire e rammendare con frutto? Il precetto di andare cautelatamente sul sacco è savio ed antico, lo seguono li operatori valenti anche oggidì, quelli tutti che hanno maggior fama, nè si curano, e fanno bene, di esser *brillanti*.

Questo precetto è antico, perchè lo troviamo raccomandato da quasi tutti i chirurghi Francesi e dagl'Inglesi del passato secolo, allorchè l'Erniotomia prese posto fra le più alte e benefiche operazioni di Chirurgia. Mauchart ⁽¹⁾ insegnò particolarmente e raccomandò questa prudente pratica, ed il Nuck nella sua Adenografia ⁽²⁾ mostra il pericolo di entrare *troppo sbadatamente* nel sacco, tagliando l'intestino, e ne cita un esempio. Dunque che è questo volere, con pericolo grande per il malato, entrare *a colpo* nel sacco, se non è una prezza e imperdonabile audacia?

Ora rimpetto a questi arditi squarciatori dell'ernia strangolata, i quali intendono entrare con un sol colpo del coltello nel sacco, vi sono, ed è naturale, i troppo timorosi; i quali fatto il taglio della pelle, vorrebbero affidare ad istrumenti speciali la incisione dei sottoposti tessuti fino al sacco, ed è male, poichè il chirurgo ha proprio bisogno di esser libero colla sua tenta e col suo coltello retto appuntato, onde governar meglio i movimenti delle sue mani, adattandoli alla forma del tumore ernioso, e alle anfrattuosità e rilievi che esso presenta. Pure vi mostro questa tenta-coltello (*fig. 34*) del Dottor Grevi ⁽³⁾, la quale, se non è utile, è ingegnosa. Il coltello, mosso da una branca della forbice, scorre nella solcatura della tenta stessa ed incide. Ma chi opera sa, ve lo ripeto, che la tenta deve esser libera nella mano dell'operatore, onde si possa comodamente volgere secondo il bisogno, ed egualmente libero bisogna che sia il coltello che deve seguire la sua solcatura. Lo stesso Grevi fece fabbricare anche uno sbrigliatore, da esso reputato migliore degli altri, nascosto in una guaina, e simile

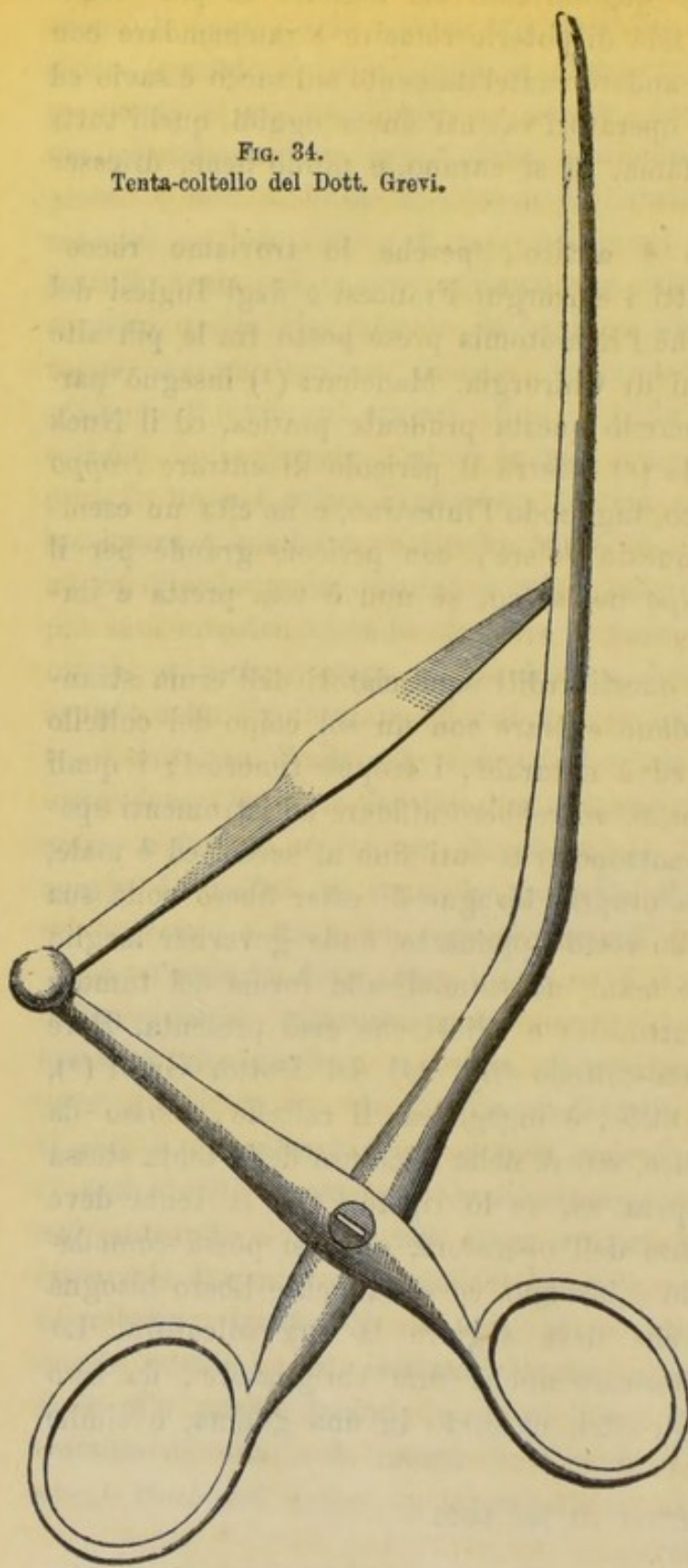
⁽¹⁾ HALLER — Mem. Chir. Vol. III. pag. 88-92.

⁽²⁾ Adenographia, pag. 137.

⁽³⁾ Sopra i vantaggi che si possono ottenere con due istrumenti chirurgici nuovamente immaginati per l'operazione dell'ernia incarcerata. Memoria. Firenze 1843.

Atti del Congresso degli Scienziati tenuto in Firenze 1841.

FIG. 34.
Tenta-coltello del Dott. Grevi.



molto a quello del Grizmalà e che vi mostrai (*figura 36*). Il Grevi non fu Chirurgo, non operò mai un'ernia strangolata, e, al pari di altri che non fanno, aguzzò il suo ingegno per darsi vanto di avviare altrui nella via per meglio fare. Lasciate ai fabbri trattare il ferro, e senza frutto non ingombrate di soverchio i nostri armamentari.

In questo primo tempo della operazione, fra la pelle ed il sacco, si possono, più o meno frequentemente, incontrare delle alterazioni, meritevoli di considerazione; le quali potrebbero con maggiore o minore facilità e per la qualità loro, condurre chi opera in errore; facendogli credere di essere pervenuto col taglio nel sacco erniario quando egli sempre n'è fuori. Nè questo può facilmente avvenire quando

fra strato e strato che involge il sacco, si osservino della

materia lardacea, della sierosità nerastra o citrina infiltrata come nell'edema, oppure della materia purulenta raccolta in fuocolai o diffusa fra membrana e membrana, poichè allora l'errore di credere di essere penetrati nel sacco sarebbe troppo evidente e quasi appena perdonabile ai più nuovi a questa operazione. L'osservare queste alterazioni molto superficiali, senza notabile mutamento di tutto il tumore ernioso, remosse che siano, e senza che esso perda della sua consistenza, forma, sede, immobilità ec., assicurano abbastanza l'operatore, che il sacco non fu inciso, e che il viscere strangolato ne è sempre ricoperto.

Non è così però quando una o più glandule linfatiche, le crurali specialmente se l'ernia che si opera è appunto la crurale, sonosi fatte grosse per ingorghi o per flogosi, o son tese, resistenti, infiltrate di marcia e guaste in guisa da chiudere una cavità o più ricettacoli ove può esser raccolto pus, siero o materie caseose o tubercolari ivi da lungo tempo raccolte. Una glandula sola può talvolta avere acquistato la grandezza di un ovo di piccione e più, ed esservene parecchie così malate, da aver reso molto maggiore il volume dell'ernia e la sua forma diversa dalla comune. Allora il chirurgo, riconosciuto che abbia con i suoi propri occhi questa alterazione delle glandule linfatiche, involte nelle loro capsule fibro-cellulari, può rimanere dubbioso, non già di essere penetrato nel sacco senza che se ne fosse accorto, bensì di non aver conosciuta la malattia, ed aver preso una flemmasia glandulare con tumore pur glandulare, per un'ernia strangolata, appunto perchè il tumore aveva fatto capo in quella stessa regione ove l'ernia vien fuori. Nè io niego ch'egli non possa cadere in questo errore di diagnosi del male, perchè molti lo commisero, e molti operarono per tumore sorto alle regioni ove l'ernia si mostra, senza che questa realmente vi fosse. Ma, se egli tien conto della istoria della malattia, dell'essere o no stato innanzi ernioso l'infermo, dei segni locali, generali e simpatici dello strangolamento erniario, del loro rapido modo d'insorgere, e a tutto quanto si riferisce all'ernia strozzata, sarà difficile ch'egli non segua la retta via. E dovendo pur egli sapere per esperienza altrui e propria, che sopra alcune ernie, quali son le crurali, queste glandule abbondano e s'innestano colle iliache, e sono non raramente alterate

da tempo vario od in modo diverso, e che sotto di esse l'ernia può strangolarsi realmente, così egli dovrà ristarsi dal continuare la sua operazione ed abbandonare l'infermo per la tema dell'errata diagnosi, ma dovrà anzi seguirla, finchè, esplorato l'anello attentamente, non abbia acquistata la certezza dell'esistenza dell'ernia o della mancanza di essa. A questa insistenza dell'esplorare, io credo aver dovuto in alcuni particolari casi la salvezza di talune erniose; le quali, sotto molte glandule infiammate, suppurate o dure, mi mostrarono delle piccolissime ernie crurali strozzate non più grosse della estremità del dito pollice. Deve dunque l'operatore, prima di darsi per vinto e desistere dalle ricerche, esplorare l'anello da cui l'ernia avrebbe dovuto uscir fuori, e senza timore, spostare, lacerare le glandule stesse, conducendosi innanzi. E quando sotto le stesse glandule, e nel fondo della ferita, senta sempre un tumore resistente e teso, deve sovr'esso guidare i suoi ferri colla massima diligenza, e trovarlo veramente ernioso, e così fugato il dubbio dell'errore, metta a nudo quell'ernia, sia pur piccolissima, la sbrigli e compia l'atto intero della Erniotomia.

Altra fonte di errore da far dubbioso chi opera di esser veramente arrivato coi tagli superficiali nel sacco erniario, quando realmente n'è fuori, deriva talvolta dal trovarsi fra pelle e sacco delle produzioni grassose a falde, a placche, a glebe, involute da una sottil membranella simigliante al sacco; le quali produzioni pajono evidentemente propagini dell'omento, mentre altro non sono che proliferazioni del tessuto grassoso extra-peritoneale o iperplasie lipomatose involventi, ora in totalità, ora parzialmente, il sacco stesso, squarciate le quali, il vero sacco si mostra e dà campo allo svolgimento completo dell'atto operatorio. Esempi chiarissimi di queste proliferazioni sono ricordati da Saviard, Scarpa, Heller, Lisfranc, Andral e più specialmente dal Velpeau ⁽¹⁾, e tutti quelli che ne discorrono, mettono sull'avviso l'operatore di non pigliare abbaglio e cansare l'errore.

Nè in minore imbarazzo egli si trova quando, fatte le prime incisioni, cade in delle cavità, o in una maggiore ad ampolla, contenente del siero che sgorga in modo, da fargli

(1) Loc. cit. Vol. IV, pag. 88.

sospettare di essere entrato nel sacco vuoto dell'ernia, e che l'ernia strangolata, ch'egli diagnosticò, non esista. Tali cisti sierose possono essere idroceli di vecchi sacchi non più in uso, o si possono produrre grado grado per lo sfregamento continuo prodotto dal cinto, simili a quelle che si generano sulle rotule dei devoti che stanno molto in ginocchio su corpi duri, o sotto le dure callosità delle dita dei piedi sempre fregate pur esse e compresse, ed ove si trovano delle borsette sinoviali, le quali talvolta s'inflammanno e suppurano, dando luogo a quel male che con voce popolare si chiama *del callo infranto*.

Ora, quando queste produzioni grassose, o queste cisti semplici o multiloculate quasi idatidi, si trovano operando fra il comune integumento ed il sacco, da far sospettare al chirurgo, o di aver già raggiunto l'omento strangolato, o di essere in un vero sacco erniario senz'ernia, errori ambo gravissimi, si riconforterà tornando colla mente sulla istoria del male, sui segni manifesti dello strangolamento che lo condussero ad eseguire la Erniotomia, e per procedere oltre e togliersi d'impaccio, se sotto il grasso o le cisti sente sempre *il tumore ernioso*, e se, portando l'apice del dito lungo le glebe grassose e in quella cavità che ha somiglianza di sacco erniario, non arriva a sentire l'anello strangolante, nè può per alcun verso penetrar nell'addome, allora seguiti franco l'atto operatorio, e scuopra quel tumore resistente ch'ei tocca e preme, e così gli sarà tolta ogni dubbiezza e avrà cansato l'errore.

Degli altri tempi della Erniotomia dirò nella seguente lezione, avendo ora abusato troppo della pazienza vostra e troppo della vostra benevola attenzione.

LEZIONE QUATTORDICESIMA

ANCORA DELLA ERNIOTOMIA: 2.^o 3.^o e 4.^o tempo di essa.

Medicatura della ferita.

Signori,

In questa lezione seguitando a discorrere della Erniotomia, del modo di eseguirla quando essa procede semplicemente, delle difficoltà che l'accompagnano, dei pericoli che la circondano, non che della condotta che l'Operatore deve tenere per vincere le une e cansare li altri, dirò ora del secondo *atto o tempo* della operazione, che è quello di aprire il sacco erniario e fare l'esame dello stato del viscere o dei visceri strangolati.

2.^o TEMPO. — Apertura del sacco; esame degli organi che fecero ernia e rimasero strozzati.

Quando l'Operatore è certo di esser coi primi tagli giunto sul sacco erniario, e lo vede e lo riconosce per i segni anatomici sopra indicati, ei deve delicatamente alcun poco sollevarlo nel mezzo, e ciò fa, o con una pinzetta da dissezione in punta piuttosto sottile e che stringa bene, o meglio con l'uncinetto appuntato. Quando il sacco è libero e non adeso all'organi ch'esso raccoglie e ricuopre, sollevato che sia, forma un padiglioncino a piccolo imbuto lucido sottile trasparente, il quale, stirato in basso mentre in cima l'istrumento lo tiene alzato, deve essere esciso o col piccolo coltello a stretta lama, o più agevolmente con le forbicette rette o curve sulle lame, ed in guisa e per tanta estensione che la ferita che ne risulta dia campo alla introduzione della tenta smussa. Nel momento in cui si fa questa escisioncella e si apre il sacco, se l'ernia non è asciutta o come vien chiamata *secca*, suole in generale sgorgare del siero citrino o sanguigno (aerato fetido o purulento

in alcuni casi), il quale, per essere forzatamente raccolto, e per la sua straordinaria quantità (se ne possono trovare da una a più libbre) si alza a spillo e fontana, ed è questa una delle più evidenti prove che il sacco sia stato aperto. L'operatore pone subito sul foro da cui sgorga il siero il polpastrello del suo dito indice sinistro, onde il sacco a un tratto non si vuoti e dia più comodo e più sicuro passo alla tenta; la quale, tenuta dalla mano destra, s'insinua nel foro stesso scoperto che sia, mentre seguita lo sgorgo del siero, e la si spinge in alto fra il viscere e il sacco, ove ben si vede attraverso di esso. Alzata che ne sia la punta, s'incide col coltellino retto o con le forbici appuntate il sacco tutto, ripetendo in basso quello che in alto si è fatto e con maggiore facilità. Invece del coltello retto appuntato o delle forbici, alcuni usano il coltello retto stretto bottonato, che guidano solo, o sulla tenta, o col dito indice della mano sinistra, quando questo può liberamente penetrare nel sacco. Velpeau consiglia, nè io potrei raccomandarvi questa pratica, d'incidere il sacco senza guida, a mano sospesa col coltello panciuto, come s'inciderebbero li esterni inviluppi ⁽¹⁾. Chi non vede il pericolo se l'intestino tocca il sacco? Ciò fatto, l'ernia strangolata si vede scoperta sotto i nostri propri occhi. Se essa è solamente intestinale appare l'ansa o le anse; le quali, aperto e squarciato che sia il sacco stesso, liberamente si distendono per i gas che si dilatano e per la forte compressione sofferta da esse, e il tumore si mostra alla vista spesso molto maggiore di quello che prima pareva che fosse quando era chiuso e confinato nella sua sacca sierosa. Pare quasi che l'ernia abbia a un tratto seguitato a discendere. Ciò accade specialmente in quelle ernie intestinali piuttosto voluminose, e che, intasate più che strangolate acutamente, contengono gas e materie sciolte in copia.

Se l'ernia, che si è scoperta col taglio del sacco, è del solo intestino, e questo non ha subito alterazioni gravi per acuta flogosi o per cancrena, si vede teso, resistente, di color rosso-fosco per l'ingorgo vascolare sofferto, ed anche di color bruno-nerastro senza chè siano sostanzialmente molto gravi le sue intrinseche organiche lesioni. Esso, così a vederlo mutato nelle sue apparenze, può esser ridotto senza pericolo.

(¹) Loc. cit. pag. 91.

Però, prima di riporlo nel ventre col mezzo dello sbrigliamento che si faccia all'anello, fa mestieri che sia bene esaminato dall'operatore, sia perchè la causa dello strangolamento potrebb'essere in esso intestino, sia perchè potrebbe presentare delle organiche complicaenze, le quali facessero ostacolo alla sua completa reintroduzione. Può essere in esso la causa dello strangolamento, quando siasi torto e aggrovigliato quasi cappio di corda, e per ciò appunto nello stesso sacco possa esser nato l'ostacolo al circolo delle materie intestinali; quando, rotto il mesenterio o l'omento, un ansa vi sia passata dentro e, sempre nel sacco, sia rimasta strozzata; quando una briglia forte e antica del medesimo sacco, o tesa fra il sacco e l'intestino, oppure fra il sacco e l'omento, se l'ernia è entero-epiploica, abbia permesso ad una parte del viscere di passarvi sotto e rimanervi imprigionata e stretta; quando il sacco presenti nel suo corpo uno o più restringimenti e in uno di essi sia avvenuto lo strangolamento ec. Dispiegando l'intestino, e distaccando da esso dei recenti versamenti plastici che sovente lo agglutinano ai suoi orli per un recente processo infiammatorio natovi, si possono indagare tutti questi modi particolari di strozzamento che abbiano la loro sede nel sacco, ed ai quali il chirurgo può provvedere sbrigliando, ritirando e sviluppando libera quell'ernia che nel sacco medesimo erasi strangolata. Esempi di questi intestinali strangolamenti dentro del sacco molti se ne trovano nei Trattatisti, e molti ve ne potrei ricordare se non temessi di essere inutilmente prolisso. Al chirurgo importa di sapere che tali maniere e tal sede di strangolamenti sono possibili, e che appunto cadendo essi sotto i suoi occhi e potendo maneggiare i visceri strangolati, possono esser tolti agevolmente e con frutto. E possono egualmente e debbono esser tagliate le briglie che a guisa di fili, di nastri, di corde ec., legassero l'ernia al sacco o in se stessa, e sciolte pure delle circoscritte adesioni organiche e vecchie, le quali congiungessero il viscere al sacco o lo imbrigliassero in alcune sue parti. Questi tagli delle briglie, e particolarmente queste dissezioni delle aderenze debbono sempre farsi quando, facendole, non si corre pericolo di offendere l'intestino o di lasciare sovr'esso una non esigua parte del sacco. Dirò poi quale debba essere la condotta dell'operatore, quando egli trovi un ernia solida-

mente e completamente attaccata tutta al sacco che la raccoglie da renderne impossibile lo scioglimento, o, quando esso si tenti possa riuscire pericoloso per la qualità delle aderenze. Le ernie intestinali che più facilmente possono presentare queste forme speciali di strangolamenti, e queste briglie e queste limitate aderenze, sono quelle piuttosto voluminose, le antiche, le mal contenute dai cinti, e quelle pure che a tempo a tempo dettero segni evidenti di circoscritte flogosi erniarie. Le inguinali e le ombelicali, che sono per volume le maggiori dell'addome, sono appunto quelle che mostrano più facilmente delle altre queste alterazioni di cui ora tengo discorso.

L'ernia strangolata, che si trova aprendo il sacco, può essere l'omentale sola, o l'omento-intestinale. Se è la semplice omentale, e che l'omento non sia adeso, nè abbia subite delle gravi alterazioni come suole subirne frequentemente, per volume, consistenza, tessitura ec. allora l'Erniotomia si conduce innanzi colla maggiore facilità, non richiedendo l'omento quelle scrupolose cautele che l'intestino addimanda. Però, prima di dichiarare che un ernia strangolata sia solamente omentale, siccome è frequente il caso che l'intestino vi si accompagni anche con una piccola porzione di un ansa e si trovi nel fondo della ferita, così bisogna che l'operatore sia guardingo di bene osservare ed esser certo che l'intestino non sia disceso, e che l'omento solo faccia ernia. Quindi bisogna ch'egli lo alzi, lo isoli, lo distenda, e, disteso che l'abbia, esplori attentamente l'orifizio ove l'ernia rimase strangolata. Ordinariamente l'ernia, che a prima giunta parrebbe omentale soltanto, suol essere spesso omento-intestinale: l'omento cuopre, chiude l'intestino e gli fa coperchio, seppure esso stesso non lo strangola col mezzo di qualche sua briglia. È importante questa disposizione anatomica che l'omento ha coll'intestino che gli sta sotto, perchè è la medesima che l'un viscere serba con l'altro nella cavità addominale. L'omento pertanto, che, quando è strangolato, perde in parte la sua apparenza e piglia, di giallo che è, colore rossastro violaceo, ed è tumido, con le sue vene gonfie ed ingorgate, cuopre sovente a guisa di coltrone un ansa o parte di un ansa intestinale, la quale si mostra tesa, resistente e di colore così cupo-cioccolato da far singolare contrasto col viscere che le sta sopra. Anche la sensazione che l'operatore

ha, premendo l'omento, di un tumore più o meno voluminoso che gli sta sotto, basta sovente a fargli sospettare che l'ernia sia entero-epiploica anche avanti di discuoprirla. Al chirurgo non potrà mai esser raccomandata ab bastanza l'attenzione ch'ei deve porre nell'esame diretto dei visceri strangolati, inciso ch'egli abbia il sacco, e questo, non tanto per assicurarsi dello stato dei visceri stessi, quanto per chè ei possa condursi convenientemente nel continuare la sua operazione.

3.^o TEMPO. — Sbrigliamento e modi diversi per eseguirlo.

Fatto che abbia l'operatore questo accurato esame dei visceri strangolati, e provveduto a quanto possa essere necessario, sciogliendo briglie, adesioni ec., ei deve col dito indice destro o sinistro come più gli comoda e col dito disteso e non con la tenta esploratrice, e stirando o facendo stirare il sacco per scorrer bene sovr'esso ed anche per tirar quanto può fuori l'anello che stringe, deve andare ad esplorare e sentire la sede dello strangolamento, e deve dirigersi verso quel punto, ove, secondo la qualità dell'ernia, la disposizione delle parti, e più specialmente la direzione dei vasi sanguigni arteriosi e venosi grossi, può essere più conveniente lo sbrigliare. Il dito, e se l'ernia è voluminosa, anche il dorso della mano, garantisce i visceri dall'essere offesi quando vi si porti vicino il coltello, ed essendo esso organo conduttore sensibile, è da anteporsi senza minimamente dubitarne alle tente metalliche, delle quali anche oggi alcuni operatori, con molta minor sicurezza, si giovano. Esplorando colla cima del dito, l'operatore può avere due risultati diversi; o esso avverte che l'apertura erniaria non è soverchiamente ristretta ed angusta, ed il suo dito la può soverchiare entrando nella cavità dell'addome con una tal qual libertà; oppure la ritrova talmente chiusa, che, appena sforzando, e lo deve fare, può giungere a guadagnare l'orlo dell'anello strangolante coll'estrema punta del dito stesso. Nel primo caso, ritirato il dito, specialmente se l'ernia è intestinale e piccola, può, premendo sul viscere, fare qualche atto diretto di riduzione, purchè non sia soverchio per forza di pressione nè troppo prolungato, nè difficile a farlo, chè allora

il danno immediato e successivo sarebbe evidente e sempre dovrebbe preferirsi la riduzione coll'ajuto dello sbrigliamento. Nel secondo caso poi, cioè quando il peduncolo dell'ernia è fortemente stretto, e l'apice del dito ha potuto, premendo ad arte e facendosi via, guadagnare l'orlo dell'anello che stinge anche per brevissimo ed angusto spazio, allora l'operatore deve mantener fisso il suo dito, onde non perdere il campo, e sulla faccia palmare di esso deve condurre e guidare a piatto il coltello sbrigliatore, finchè egli non senta che il bottone, che è alla punta (coltello di Pott, di Cooper ec.), sempre diretto dal dito, non abbia oltrepassato l'anello. Quando è sicuro di ciò, lo piglia come una penna da scrivere, fa che il tagliente sia volto verso quella parte ove deve tagliare, sbriglia a mano sospesa più premendo che segando onde l'incisione, facendo troppa forza, non sia istantanea, soverchia e pericolosa, e sbriglia aiutandosi coll'altro dito che ha esplorato, che fa da guida e che preme sulla costola dello sbrigliatore, affinchè il taglio sia più pronto e sicuro. Nell'atto dello sbrigliamento l'operatore e talvolta li astanti, sentono un rumore particolare come si avrebbe incidendo del tessuto fibroso, uno scirro ec. Lo sbrigliatore non deve essere spinto troppo profondamente nel ventre, ma solo tanto quanto è necessario affinchè il bottone passi sopra l'anello, nè il taglio per sbrigliare, vario secondo la sede, il volume e la qualità dell'ernia, deve esser maggiore di un centimetro e sempre sul cingolo strozzante e non altrove. Accade talvolta a chi opera, che, essendo dentro il sacco, per quanta industria ed arte egli adoperi per penetrare colla punta del dito fra il viscere e l'anello, girando pure per ogni lato, non giunga a vincere l'ostacolo prodotto dallo strozzamento, neppure facendo la prova con una tenta smussa. Pare quasi che viscere ed anello si siano insieme congiunti. In questo caso, onde coll'ostinare non si producano delle lacerazioni gravissime, e dovendo pure sbrigliare, giova fare lo sbrigliamento di fuori, come B. Bell, Dupuytren ed altri consigliarono; oppure, prolungato il taglio fino sulla sede precisa dello strangolamento medesimo, o fattone ivi uno secondo, usare del metodo del Malgaigne del quale parlerò in seguito. Fortunatamente questa serratura completa è rara, e con pazienza e tirando sul sacco, si giunge ad aprirla e vincere l'ostacolo.

Alcuni, invece di un solo taglio preferiscono farne diversi piccoli (sbrigliamento multiplo) estesi tre o quattro millimetri intorno a un segmento dall'anello e tali da slentar questo ma non potere offendere nel loro breve tratto alcun vaso arterioso o venoso notevole. Questa pratica raccomandò primo il Volpi⁽¹⁾, la fece sua il Vidal⁽²⁾, la difesero Belhomme⁽³⁾, Vigueriè⁽⁴⁾, Coudray⁽⁵⁾ ed in alcuni casi la seguirono Dupuytren, Cooper e lo stesso Scarpa. Essa può essere opportuna ed in certe ernie omentali, ed in altre intestinali assai voluminose, anche necessaria. Lo sbrigliamento può farsi nell'ordinario modo sopra descritto od anche tagliando l'anello di fuori e si è eseguito allora o con un coltello molto panciuto verso la punta, o adoperando particolari Erniotomi, tale quello del Dupuytren, con cui, sbrigliando, son salvi dal pericolo di essere offesi quei vasi arteriosi che serpeggiano e rasentano internamente ed ai lati l'orifizio erniario.

Considerando la profondità di questo orifizio, e la facilità che ha l'intestino a mettersi sotto il coltello anche quando è difeso dal dito, io non potrei mai consigliare di fare lo sbrigliamento col coltello ordinario retto o panciuto, e neppure

(1) RICHTER. *Elementi di Chirurgia annotati da Volpi*. T. V, pag. 309. Milano 1814 (*).

(2) Oper. cit. T. IV, pag. 606.

(3) *Archiv. gén. de Méd.* Janvier 1831, pag. 114.

(4) *Thèse*. N.º 208. Paris 1837.

(5) *Bull. de Thérapeut.* T. XII, pag. 161.

(*) In quasi tutti i Trattati francesi di Chirurgia e in altri che non son francesi, si dà a Vidal il merito dello sbrigliamento multiplo che Vidal stesso si appropria. Esso è del Volpi di Pavia. Infatti così egli dice in una Nota al Richter sopra citato parlando dello sbrigliamento. « Prendo coll'altra mano un bisturino a taglio ben convesso segnatamente verso la punta, e lo porto pressochè perpendicolarmente sull'unghia, e da questa sull'anello stato da prima posto ben bene allo scoperto, e con replicati deboli colpi, portati quà e là sulla di lui faccia esterna lo slento in modo, senza interessarne la faccia interna, da permettere un facile ingresso al dito ec. », Il Volpi sbrigliava di fuori, il Vidal di dentro, ma il consiglio pratico dello sbrigliamento multiplo è del Volpi. — È poco perdonabile ai Patologi francesi la ignoranza che mostrano quasi sempre delle cose italiane e della nostra Letteratura Medica. Si direbbe che non se ne curano affatto. Dopo il risorgimento, durante il quale attinsero essi da noi tutto, e Lanfranco portò in Francia la Chirurgia, la nostra è diventata per essi *terra dei morti*. Il sommo Bufalini colle sue opere ha meravigliato l'Europa ed ha indirizzato questo perfezionamento della scienza e dell'arte medica. Vedete quello che di recente ne ha scritto il Bouchut nella sua *Histoire de la Médecine* (1873): lo nomina soltanto, lo confonde coi dinamisti e poi lo lascia quasi si trattasse di autore di poco conto. *Parcite illis ec.*

colle forbici piegate ad angolo sui lati e fatte a becco d'uccello. D'altronde è molto raro il caso, e l'anatomia ce ne mostra la ragione, che, nell'atto dello sbrigliare, vengano incisi dei vasi arteriosi (l'epigastrica, le spermatiche, l'otturatrice ec.) da dar luogo ad emorragie inquietanti, per evitare le quali, prima dal Thévenin, poi da Arnaud e da Le Blan principalmente, e come ho detto di sopra, fu al taglio preferita spesso la dilatazione forzata lodata anche dal Volpi (1).

Quando sia fatto lo sbrigliamento colle indicate cautele, l'operatore ritira l'Erniotomo e spinge di più il dito ch'egli ha tenuto sempre fermo per guida e per dare ajuto a questo tempo della operazione, e tanto lo spinge da penetrare nel ventre, non solo per assicurarsi che il taglio fatto sia sufficiente, quanto per esser certo, che l'ernia, prima strangolata, siasi veramente con esso fatta libera e capace di essere reintrodotta senza incontrare maggiori ostacoli. Il dito solo può far tutto ciò, non il ferro.

Compiuto che sia anche questo tempo della operazione, che è l'essenziale della Erniotomia, quello per il quale essa si eseguisce ed è richiesto dall'essersi l'ernia strangolata mentre innanzi era libera e permetteva il circolo delle materie intestinali, l'operatore passa al quarto ed ultimo atto che è la reintroduzione nel ventre dei visceri usciti fuori e rimasti strozzati. Prima però di accingersi a ciò, è non antica pratica da molti chirurghi caldamente raccomandata, quale un precetto savissimo (2), quella cioè, trattandosi dell'intestino, di trarne fuori una maggior porzione onde esaminare, se, là ove fu strangolato, avesse sofferto tali lesioni (ulcerazione perforante, rotture ec.) da non doverlo reintrodurre, o, introducendolo, da obbligare ad alcune speciali cautele che assicurino, reintrodotta che sia, che non si possa discostare dall'apertura erniaria. Che dobbiamo pensare di questa pratica e di questo precetto? È da seguirsi in tutti i casi di enterocele senza temerne danno o pericolo? Dato che lo strangolamento sia molto recente, nè abbia dato segni di molta acutezza, e sia più stato un incarceramento che un vero strozzamento violento e l'Erniotomia

(1) *Saggio di Osserv. ed Esperienze*. Milano 1814.

(2) RITSCH. *Mémoires de l'Acad. de Chir.* T. IV, pag. 175.

sia venuta pronta al soccorso; dato che all'esame dell'intestino dopo l'incisione del sacco, esso ci si mostri poco mutato nella sua apparenza, nè abbia sovr'esso li effetti di flogosi manifesti per versamenti plastici e molto meno purulenti; e dato pure, che, fatto lo sbrigliamento conservi esso una certa mobilità da poterlo facilmente riporre come tirar più fuori, io non vedrei allora alcun danno dal farlo uscire di più, ma non vedrei in pari tempo alcuna reale utilità. Al contrario poi, allorchè la strozzatura fosse stata violenta, tarda la operazione, l'ernia infiammata, e l'intestino qua e là si trovasse adeso in sè stesso o col sacco per briglie filamentose e false membrane; allorchè avesse esso acquistata una fissa posizione, e tiratolo poco resistesse agli atti di trazione, allora rinunzierei volentieri ad esaminare il cerchio intestinale ove rimase strangolato, perchè non vorrei che, per obbedire al precetto, quello che non avvenne per opera del male, accadesse per le mano del chirurgo, cioè lo strappamento delle tuniche intestinali, già grandemente ammolite e assottigliate per la forte e continuata sofferta pressione. A questo aggiungo, che talune ernie strette all'anello ed infiammate, avendo già presa adesione nell'anello stesso e sopra per acuta peritonitide erniaria, neppur volendo, si potrebbero trar fuori senza esporre con quest'atto il malato a gravissimo rischio. Nè questo consiglio di non adoperarsi a fare uscire ad ogni costo maggior tratto d'intestino stato strangolato, per esaminarlo e decidere, dopo l'esame, se si debba o no riporre nel ventre, è mio, che sarebbe forte presunzione il darlo, ma è dettato pure da uomini valorosi nell'arte. Velpeau, ragionando del bisogno, ammesso in special modo dai chirurghi francesi, di trar fuori l'intestino prima di riporlo nel basso-ventre così scrive: ⁽¹⁾ « Prima di por mano alla riduzione dell'ernia stata strangolata e quindi sbrigliata, qualunque sia lo stato delle parti, si dà per precetto, tolto lo strangolamento, di tirar fuori tutta la porzione di viscere compresa nel canale aponevrotico. Senza questa precauzione si dice che si correbbe il rischio di riporre nel ventre un tratto d'intestino ristretto o in qualche punto ulcerato. Da ciò, dicono, risulta un altro vantaggio, cioè che l'ansa, facendosi più lunga, può

(¹) Op. cit. T. IV, pag. 93. Lett. M. *Attirer l'intestin.*

permettere di diffondere le materie ch'essa contiene per una superficie maggiore, e quindi diminuire l'ampliezza relativa degli anelli e dell'intestino stesso, agevolandone la sua reintroduzione. *Io ho ora abbandonata questa pratica, poichè, seguendola, si può completare una lacerazione o stracciare una ulcerazione dell'intestino da far ostacolo alla reintroduzione. Mettendole da parte evidentemente si favorisce, nè si contraria, la guarigione spontanea di quelle lesioni, che potrebbero essersi formate dietro l'anello* ». Nè crediate, o Signori, che queste parole del Velpeau abbiano dato la sveglia per abbandonare un precetto raccomandato pure da molti scrittori di Medicina Operatoria, poichè il precetto non è antico, nè da molti consentito, apparendo a questi più dannoso che utile. Infatti nei vecchi libri, che trattano del male dell'ernia e della Erniotomia, non si trova raccomandato, nè io lo vidi mai mettere in pratica dai miei maestri nell'Arcispedale di S. Maria Nuova in Firenze, nè, per alcun tempo, dai chirurghi operatori che ne seguirono le tracce. In tante e tante Erniotomie che ebbi la opportunità di fare nella Clinica di Pisa ed in quella dell'Istituto di Firenze, non attesi a questo precetto, e, come i vecchi chirurghi, così io pure sempre me ne lodai. Pure è questo un punto di pratica molto importante, anche dopo la discussione che ebbe luogo alla Società di Chirurgia di Parigi (1860), ed io non potrei dare un precetto assoluto del non fare ciò che altri consiglia. Solo ripeto che il farlo può essere inutile o pericoloso, e che molti operatori che nol fanno sono fortunati in questa operazione. La quale è tale, che ci presenta sovente nuovi fatti e nuove difficoltà da sciogliere, per cui, più dei precetti scolastici e dottrinali, giova l'ingegno sveglio di chi opera, il corredo della sua esperienza e quello delle conoscenze anatomico-patologiche ch'egli deve possedere. Quasi si sarebbe indotti a dire che ogni ernia, abbia le sue regole speciali.

Anche il Malgaigne altamente condanna la pratica di ritirare l'intestino dopo fatto lo sbrigliamento. « Alcuni chirurghi, egli dice ⁽²⁾, sostengono che bisogna tirar fuori l'intestino per esaminarlo in quale stato si trovi; pratica *funesta e pericolosa*, alla quale ci affrettiamo di dire, che si è generalmente rinunciato. Infatti quale utilità nel ritirarlo col rischio di rom-

(1) *Leçons sur les Hernies. Leçon 26.^{me}*

parlo? Non deve essere ritirato che quando si vede una ulcerazione intestinale o versamento (di materie intestinali) nel sacco ».

Quando dunque, fatto lo sbrigliamento, non si mostrino sull'intestino o sull'omento lesioni speciali da obbligare a provvedimenti particolari, bisogna ridurre l'ernia nel basso-ventre e compiere l'atto operatorio.

4.º TEMPO. — Riduzione dell'ernia, modo di farla, ed ostacoli che si possono presentare per renderla difficile e laboriosa.

L'atto della reintroduzione, portato prima il dito nell'addome per esser certi che lo sbrigliamento fu fatto a dovere, si compie premendo e spingendo il viscere o i visceri per quella via per la quale uscirono e rimasero strangolati; quindi è vario secondo la diversa qualità dell'ernia: si compie colle dita come si farebbe il taxis ordinario, e col premere e collo stringere l'intestino, si libera e si vuota dai gas e dalle materie liquide che può contenere, e che per l'atto della strozzatura rimasero imprigionate. Un gorgoglio che si sente, indica ordinariamente che la riposizione intestinale è compiuta. Per le ernie inguinali e crurali, ed in questo tempo della operazione, è bene che l'ernioso pieghi la coscia moderatamente sul bacino e la volga in fuori onde rilasciare le pareti ventrali e l'anello. La regola vuole, ed è ottima, che la reintroduzione s'incominci da quelle parti che si può supporre che siano state ultime a discendere e strangolarsi. E siccome nelle ernie omento-intestinali, l'omento in generale discende primo e l'intestino secondo, così quando l'ernia possa essere liberamente reintrodotta, nè presenti ostacoli o complicanze che possano arrestare dal farlo, si comincia dal rimettere nel ventre l'intestino e si termina coll'omento. E la stessa norma si segue quando l'ernia è solamente intestinale, procurando che quella parte di viscere, che si possa riconoscere essere l'ultima calata nel sacco, rientri la prima, premendola proprio sotto l'orifizio erniario sbrigliato. Se l'ansa intestinale è piccola, si raccoglie colle tre prime dita, si vuota premendola, e si spinge nel ventre accompagnandola ivi col dito indice. Se poi è voluminosa, si fissa uno dei capi all'apertura addominale colle tre prime dita della mano sinistra, mentre colle medesime dita della destra si preme sull'altro capo

e si ripone via via ansa per ansa, finchè a un tratto il tumore rientra. (Vidal).

Ora questo atto del ridurre nel ventre l'ernia che fu strozzata, quando pure sia fatta libera e sciolta da qualunque legame che avesse; atto che parrebbe dovesse essere il più pronto ed agevole degli altri, si rende invece in alcuni particolari casi lungo, difficile, faticoso, imbarazzante, seppure si giunge a compierlo dopo molto stento e pazienza. E donde ciò? Quali le cagioni? Esse possono esser diverse, ed eccovene alcune che saranno le più consuete, e che dipendono, o dall'operatore, o dalle particolari condizioni dell'ernia.

Avviene talora che il chirurgo, confidente e sicuro di avere sbrigliato a sufficienza l'anello, sia per esempio quello del muscolo obliquo esterno addominale, e persuaso di avere, col taglio del cingolo strozzante, sciolta l'ernia, passa a ridurla e questo fa con tanta risolutezza e forza, ajutandosi ancora con altri tagli per slargar l'apertura, che il tumore scompare ed il viscere si nasconde. Ma il chirurgo ha mal fatto ed è in errore. Oltre il primo restringimento, o nel corpo del sacco o al colletto, ciò che più spesso succede, si trova un'altra e più forte strettura, che è la vera. L'ernia fu per forza ridotta in massa e sempre strangolata. Ma ove si è essa nascosta? Distaccato o rotto il peritoneo, si è nascosta e ranicchiata, o fra esso ed i muscoli, o per la rottura si è ricondotta sì nella cavità addominale ma per una via accidentale e sempre strangolata all'interno orifizio erniario. Non credo vi sia stato nè vi sia operatore un po' vecchio dotato di accorgimento di prudenza e di pratica, il quale avendo fatte molte e molte Erniotomie, non sia caduto in questo errore, di riporre cioè un ernia creduta sciolta dopo lo sbrigliamento quando si manteneva in realtà sempre strangolata: io pure lo commisi due volte, ed in una soltanto fui a tempo a portarvi il riparo. In questo caso l'ernia rientra con molta difficoltà e premendola assai e pigiandola: rientrata che sia in apparenza, facilmente, lasciata la compressione, ritorna fuori tesa e resistente com'era quando il sacco fu aperto: esplorando sopra la sede del primo punto ristretto e che fu sbrigliato, si sente profondo un tumore sensibile al tatto, e circoscritto, ch'è l'ernia stessa mal ridotta e sempre incarcerata.

Onde cansare questo errore gravissimo e che può esser

fatale all'ernioso, non potrei mai abbastanza raccomandare all'operatore il precetto di accertarsi bene col dito se la introduzione fu completa e regolare da non lasciargli nell'animo alcun dubbio. Ma quando il dito che esplora sente sempre lì a contatto il viscere creduto ridotto; se esso non giunge a penetrare liberamente nel vero anello sbrigliato ed aperto ed in modo da sentire e toccare nella cavità addominale li altri visceri; se il malato non prova quella sensazione benefica che altri provano quando lo sbrigliamento è fatto completo ed efficace; e se, sul terminare della operazione, si veggono insistere, ed anche farsi maggiori, i segni dello strangolamento e specialmente il vomito ed il singhiozzo, allora il chirurgo che opera, sospetti del suo errore e si assicuri, lasciando che l'ernia venga fuori, ed anche ritirandola, che non vi sia un secondo anello strozzante al colletto del sacco, che questo sia veramente quello che stringe, e che sia necessario sbrigliarlo ed inciderlo senza alcuna dilazione. In taluni casi la difficoltà ed anche la impossibilità della riduzione, è cagionata da una briglia, che, posta a traverso, e legando insieme all'interno orifizio, viscere e sacco, bisogna che sia incisa onde la riposizione si faccia completa e libera.

A questo proposito ho presente alla memoria un fatto, nel quale m'imbattei quando insegnavo Chirurgia nella Università di Pisa or sono molti anni. Accolsi nella mia Clinica un giovane forte e robusto di corpo; il quale, portando da molto tempo un ernia inguinale destra, questa erasi strangolata facendo egli uno sforzo violento nell'alzare un peso. Essa era voluminosa quanto un pugno di adulto, tesa, dolente; i segni dello strangolamento acuti, incalzanti. Fatte alcune inutili prove di riduzione, fu necessario ricorrer presto alla Erniotomia. Prima di farla pareva che lo strangolamento fosse proprio all'esterno orifizio inguinale, poichè là appunto si sentiva quella resistenza dura e dolente, che suol esser indizio della sede della strozzatura. Infatti aperta l'ernia, che era tutta intestinale, potei appena colla punta del dito entrare nell'anello esterno inguinale e appena soverchiarlo: sbrigliatolo con larga incisione, sperava che la riduzione sarebbe stata pronta e sicura. Però così non fu. L'intestino, che io cercava di reintrodurre con ogni maggior cautela ed industria, tornava via via

fuori teso sempre e rigonfio. Con gran pazienza e fatica potei finalmente giungere a riporlo e mantenerlo, premendo colle dita sull'anello. Questa reintroduzione forzata, fecemi sentire un tumore nella fossa iliaca come se l'ernia si fosse ridotta in massa, ed era. Martellato da questo dubbio, lasciai che l'ernia stessa di nuovo discendesse e discese. Allora, datomi attentamente ad esaminare la via del sacco, trovai; che l'intestino, fra l'anello esterno inguinale ed il colletto erniario, stava rannicchiato in una cavità larga e capace, prodottasi dallo sfiancamento del sacco stesso e non recente; che l'ernia era sempre strangolata al suo colletto e questo erasi trasportato profondamente tanto, che, per raggiungerlo, bisognò portare il dito quasi fin sotto l'ombellico, e che la strozzatura era sì forte che simigliante non la trovai che in alcune ernie crurali. Fatto che ebbi con molta difficoltà lo sbrigliamento nella cavità addominale, tagliando il colletto che stringeva, allora soltanto fui capace di ottenere la completa e vera riduzione dell'ernia. La cura consecutiva procedè a seconda, e l'operato in breve tempo guarì. Se mi fossi accontentato della falsa riduzione avrei forse a quell'infelice apparecchiato il sepolcro. Dire di altri casi a questo compagni, e che sono registrati nei Trattati di Chirurgia, sarebbe opera utile, ma troppo lunga e paziente. Basta che il pratico sappia, che si possono fare queste false riduzioni, e che lo strozzamento che si è creduto sciolto, talora rimane, sia al colletto del sacco erniario, o per briglietese e resistenti, sempre operoso e tale da porre il più valido ostacolo alla riduzione.

Un altro ostacolo che si può incontrare nel riporre un ernia, prima incarcerata e poi resa libera collo sbrigliamento, può derivare, dato che sia tutta intestinale, dal suo straordinario volume. L'imbarazzo in cui si trova chi opera quando si vede fra mano una matassa serpeggiante d'intestino da dover reintrodurre, è grande. Egli quasi si deve pentire di aver operato col processo ordinario, e trovo ragionevole il pentimento. In siffatti casi di oscheocele, di exonfalo o che abbia gran mole e sia intestinale, meglio è scegliere, per sbrigliarlo, altra maniera di operazione di cui terrò discorso dipoi, e non sia la consueta aprendo largamente il sacco. Grande è il pericolo per l'infermo quando davanti gli pendono per lungo tratto le

minugia nè si giunga a riporle, o, riposte che siano, fanno sforzo grande per riuscire di nuovo ed escono.

Petit narra di un caso in cui dovè desistere, dopo molto tempo impiegato, dalla reintroduzione, e contentarsi, condotto a ciò fare dalla necessità, di lasciar gran parte delle budella fuori, ricuoprendole con un pannolino bagnato in una soluzione calda dolcificante che faceva mutar continuamente. L'intestino a poco a poco si ritirò quasi affatto nell'addome e l'operato guarì ⁽¹⁾. Anche il Cooper (Ope. cit. pag. 220) racconta un fatto similgiante con guarigione dell'operato. Narra pure il Petit di un altro caso, in cui, reintrodotta gran massa d'intestino bisognò farlo riuscir di nuovo onde far cessare i fenomeni persistenti di strangolamento. Petit diceva che i visceri, rimanendo da molto tempo raccolti nel sacco erniario, avevano perso nell'addome il *diritto di domicilio*.

Per diminuire alquanto la massa intestinale, che suol essere enormemente distesa dai gas, sono in tali casi utili le punture delle anse intestinali colli aghi o coi sottili tre-quarti, e, quando si sia pervenuti dopo molto stento a riporre nel ventre le intestina, utile pure la sutura del sacco e del colletto, onde porre un valido ostacolo alla nuova discesa ⁽²⁾.

In tante Erniotomie, che nel corso di 30 anni mi son trovato a fare nelle Cliniche di Pisa e di Firenze, una sol volta ebbi la dolorosa opportunità di operare un oscheocele grosso quanto una testa di adulto. L'ernia era tutta intestinale; io voleva sbrigliare soltanto l'anello e risparmiare il corpo del sacco erniario, considerando il gran volume dell'ernia; voleva togliere lo strangolamento e lasciare che le viscere rimanessero ov'erano. Ma non ottenni, inciso il sacco rimpetto all'anello, per l'estensione di tre centimetri circa, che le intestina, che erano gonfie, tese, imprigionate, compresse rimanessero nel sacco; cominciarono a uscir fuori con violenza quasi balzando dalla piccola ferita. Bisognò allora squarciare il sacco nel modo consueto, e mi trovai un metro e più d'intestino sotto li occhi rosso-bruno disteso e tale, che pareva proprio un serpente. Con gran pazienza ed impie-

(1) *Traité des maladies Chir.* T. II, pag. 397 e 97 e LOUIS. *Mém de l'Acad. Royale de Chirurgie.* T. IV, pag. 316.

(2) *Nouveau Dict. de Méd. e Chir. pratiques Hernies.* pag. 617.

gando più di un' ora di tempo, pervenni a riporlo chiudendo colle dita l'apertura erniaria e comprimendola. Ma siccome, se lasciava la compressione, l'intestino subito faceva capo, così circondai l'anello con una sutura a guaina, che strinse e chiuse; indi medicai la ferita. Dopo poche ore l'operato era morto.

Le molte anse intestinali, messe a nudo colla larga incisione del sacco erniario, è sempre uno dei gravi accidenti che accompagnano la Erniotomia, sia per il lungo tempo che occorre per reintrodurle, sia perchè, compresse e maneggiate, restando assai a contatto dell'aria, si raffreddano, e, se non sono infiammate, facilmente s'infiammano con violenza e portano l'ernioso a fine precipitoso e irreparabile, senza che si possa far gran conto dei casi eccezionali quale il primo del Petit qui ricordato. Quando il chirurgo, atteso il volume grande dell'ernia evidentemente intestinale, possa prevedere il pericolo che gli si potrebbe parare innanzi, siccome queste ernie voluminose ed antiche se sono strangolate, non lo sono con grande acutezza di fenomeni come lo sarebbero le piccole quali le crurali, così, dato che sia reputata indispensabile una operazione, e confidando che la causa dello strangolamento non sia nel corpo del sacco o nel viscere che vi è raccolto, bisogna allora operare in modo, che, fatto lo sbrigliamento con uno dei processi che sarò in seguito ad indicare, o l'ernia resti poi nel sacco, o quando pur si possa ridurre, non vegga la luce. Questo consiglio di prescegliere diverso atto operatorio per tali antiche e voluminose ernie intestinali, è dato dai più recenti ed esperti scrittori di questo male, e particolarmente raccomandato dagli Inglesi Monro, Lawrence, Cooper ec. Sanson, nel suo Trattato delle Ernie così scrive ⁽¹⁾ « In questi casi (di ernie voluminose), e per non mettere allo scoperto una lunga matassa d'intestino, il quale dipoi difficilmente si reintroduce, bisogna limitarsi a fare una incisione poco estesa rimpetto all'anello ed al peduncolo dell'ernia, operare lo sbrigliamento, riunir la ferita, e lasciare i visceri nel sacco: Sbrigliare, ma non reintrodurre ».

Compiuto che abbia l'operatore anche questo *quarto tempo* o *atto della Erniotomia* col riporre nel ventre il viscere o i visceri protusi e prima strangolati; assicuratosi che la riposi-

(¹) Oper. cit. pag 131.

zione sia fatta completa, mantenendo egli il dito indice per breve tempo nell'apertura erniaria, specialmente se l'ernia era inguinale od ombellicale e non piccola e fu faticoso il reintrodurla; allacciati o torti che siano alcuni vasi sanguigni sottotegumentari se pur fa bisogno; lavata e asciugata la parte, allora l'ajuto ravvicina li orli della ferita e soccorso dalla mano libera dello stesso operatore la riunisce per mezzo delle liste di cerotto, e, quando occorra, con qualche punto staccato di sutura là ove i tessuti siano più rilasciati e cascanti e li orli tendano a volgersi in dentro. L'operatore toglie in fine il dito dall'anello, e su quel punto appone le ultime liste di cerotto, e la ferita tutta rimane così riunita e coperta. Sopra i cerotti si pongono faldelle di molli fila, indi le compresse, in ultimo la fasciatura *a spiga* o *a corpo*, secondo la sede dell'ernia, fasciatura che contenga, ma non stringa troppo e senza necessità.

Quando poi, dal volume dell'ernia operata e dalle alterazioni trovate sui visceri ridotti e sul sacco, egli possa ragionevolmente sospettare, che la riunione immediata delle profonde parti non possa avvenire, e che sia più probabile che ne succeda la suppurazione e quindi la riunione secondaria, allora, senza porre ostacolo alla primitiva riunione col mezzo della sutura secca e cruenta, insinua nella parte più declive della ferita, e per breve tratto lasciandola aperta, uno stuello di fila; il quale, mantenendo ivi un'apertura che ponga in comunicazione le profonde parti colle superficiali, provvede allo sgorgo delle marcie e del siero, e a questo provvedimento danno lode alcuni dei più reputati chirurghi, quali il Nélaton⁽¹⁾, Le Dentu⁽²⁾ ec. Il Dott. F. Reali, fatta la riposizione dei visceri, vorrebbe che fosse eseguita un *anulo-plastica*, onde fare ostacolo alla riproduzione dell'ernia⁽³⁾. Non so che questo consiglio di aggiungere alla Erniotomia altra complementaria operazione, sia stato seguito dai pratici: parmi di no.

Il modo col quale deve esser curata la ferita risultante dalla Erniotomia, cioè se si deve fare la riunione immediata o

⁽¹⁾ Oper. cit. pag. 276.

⁽²⁾ *Nouveau Dict. de Méd. et Chir. pratique.* — *Hernies.* T. XVII, pag. 621.

⁽³⁾ *Bull. delle Scienze Mediche di Bologna.* Ser. 4.^a T. XVII, Anno 1862. pag. 276.

la mediata di essa, ha dato motivo ad una disputa che divide tuttavia i chirurghi fra loro.

I primi operatori dell'ernia strangolata, Franco e Pareo, raccomandarono la riunione immediata e molti tuttora la raccomandano, e primo fra tutti il Malgaigne ⁽¹⁾. Io seguii questa pratica che imparai dai miei Maestri e la seguii senza aver avuto ragione di pentirmene. Potrei ricordare due casi di riunione completa o immediata, fattasi in cinque o sei giorni senza goccia di suppurazione. Su di una giovane donna, che operai nella Clinica di Pisa per ernia crurale frescamente strangolata, e l'ernia era piccola ed entero-epiploica, lasciai l'omento nel canal crurale, nè solo ottenni guarigione mirabile, togliendo l'apparecchio asciutto come l'aveva messo, ma ebbi la compiacenza di vedere, e poi col tempo confermare, la radical sanazione del male. L'omento adeso chiuse la via a nuova ernia. La riunione mediata e per suppurazione, può mai fornire casi simiglianti? Perchè, quando si può tentare, impedirla? E la riunione della pelle può far poi grande ostacolo alla marcia che pur siasi raccolta sotto di essa o nel sacco? Questa riunione mediata come fu fatta? come si fa? Come fu fatta ve lo dice Heister ⁽²⁾; Sentite: « Molti dei più celebrati chirurghi di Parigi, egli scrive, quali Ledran, Arnaud, Mery, Dionis ec., dopo la reintroduzione dei visceri nel ventre, vogliono che s'introduca nel foro dell'addome una *tasta grande e lunga*, formata di tela e munita di un lungo e forte filo, onde conservare per qualche tempo libera l'apertura, per la quale a poco a poco possano discendere *li umcri non naturali*, che internamente possono raccogliersi, e che, lasciati là, porterebbero danno come ammonisce Garengéot. Widemann, uno dei moderni Chirurghi della Germania, seguendo Dionis, raccomanda che questa tasta sia della lunghezza di un pollice e mezzo e larga e grossa un pollice (!) nè debba tirarsi via, medicando, ma lasciarla nella ferita finchè da se non cada e venga via colla suppurazione. Altri vogliono, segue a dire Heister, che questa medesima tasta sia tanto grossa e grande da doversi introdurre a forza. Petit però condannò queste taste o tamponi per l'irritamento che

⁽¹⁾ *Leçons sur les hernies.*

⁽²⁾ *Institutiones Chirurgicae Bubonocoele* — Cap. CXVII §. IX.

esse dovevano cagionare e per dare adito all'aria di entrare nel ventre e produrre altri mali. Ma poichè (è il consiglio di Heister) in questi malori vi sono spesso nel ventre dei centri di umori, quando questi vi sieno, stimo con Dionis utile la tasta per qualche tempo; dato che non vi siano, penso esser meglio fatto lasciarla da parte, e medicar la ferita secondo i precetti di Petit, cioè ponendo in essa un globetto di fila per tenerla aperta, adoperando poi tutti li altri compensi e medicamenti proposti per condurla a cicatrice ». Così fu fatto, e certo con poca saviezza dai medicatori colle taste, prevedendo ognuno il certo danno che esse dovevano produrre, specialmente le *lunghe grosse e spinte con forza*. La suppurazione, che, ammesso che dovesse necessariamente intravvenire, si voleva ajutare a venir fuori onde non invadesse la cavità addominale, con esse evidentemente si procacciava.

Quelli operatori, che anche oggidì sono contrari alla riunione immediata, cercano ottener la mediata, ponendo delle faldellette o dei globetti o lucignoli di molli fila nella ferita, avvicinando alquanto con cerotti i suoi labbri, oppure spingono col dito nell'anello una pezzetta bucherellata ed unta; la quale, pigliando la forma d'imbuto, permette che dentro vi siano accomodate delle fila o altre materie che assorbano e che si possano, medicando, cambiare. Nannoni, Velpeau, Fabre, Gosselin ed altri molti così fecero e fanno. Anzi il Fabre nella sua Biblioteca del *Medico pratico* (Vol. XI, pag. 264), quasichè la proposta della riunione immediata fosse vaga o barocca, dice; « Alcuni Chirurghi consigliano, fatta che abbiamo la Erniotomia, la riunione immediata, ma questo è metodo *poco seguito* e molto meno quando si afforza colla sutura ».

Ma dunque il consiglio che io vi ho dato di riunire immediatamente la ferita tutta, o in qualche caso di riunirla per la maggiore estensione di essa e specialmente rimpetto all'orifizio erniario, sarebbe pregiudicevole, dannoso e contrario ai più savi precetti che il chirurgo deve seguire nel compiere la Erniotomia? No; anzi mi confido di farvi certi, che il consiglio è ottimo, e segna un reale progresso nella istoria e nella pratica di questa operazione. Ricordatevi che ogni maggiore semplicità che si pone in una operazione chirurgica, è un vero perfezionamento di essa.

Ma qual'è la ragione capitale per la quale si vuole la riunione mediata e si condanna la immediata della ferita? La ragione è questa; che, dovendo la ferita *necessariamente*, essi dicono, suppurare e dare esito alle sieriosità che possono essere separate dalla sacca sierosa che fu incisa, meglio è per questo tenerla aperta che chiuderla ad arte. Rispondo; che se questa ferita può spesso suppurare, può anche, fatta per qualche ernia piccola recente, operata con sollecitudine in individuo di buona tempra, prontamente e completamente riunirsi senza segno di suppurazione, e riunirsi nelle parti superficiali e profonde. Perchè impedire questo esito fortunato? Perchè curarla in modo che la suppurazione esser debba una necessità? Nè è poi vero che questa pratica di riunire immediatamente la ferita, sia seguita da *alcuni rari Chirurghi*, chè anzi molti sono e in varie parti di Europa e di America, che la consigliano e la raccomandano, senza che abbia qui il bisogno di farvene il novero. Quando poi si ammetta e si dia per precetto, che, facendo la riunione immediata della più estesa parte della ferita, e allorchè vi possa esser timore che ne avvenga la suppurazione, si debba lasciare nel luogo più declive di essa uno spiraglio che apparecchi facile lo sgorgo delle marcie e del siero, e questo appunto fanno ora alcuni valenti operatori Italiani, e raccomandano recenti scrittori di Chirurgia (Nélaton, Le Dentu, Malgaigne ⁽¹⁾ ec.), che si può mai opporre a questa immediata riunione, preferendo invece di zaffar la ferita, se con essa si provvede al più pronto cicatrizzare delle parti divise e, nel caso della raccolta siero-purulenta, alla sua libera uscita di fuori?

Spero, che, dovendo eseguire la Erniotomia, vi atterrete alla pratica della riunione immediata, fatta nel modo che vi ho esposto per le ernie vecchie, voluminose, infiammate ec., e lo seguirete con frutto. Di altri argomenti importanti relativi alla Erniotomia, terrò parola nella lezione che segue e nelle altre.

(¹) *Manuel de Méd. Opér.* Paris. 1861, pag. 597.

LEZIONE QUINDICESIMA

Del modo di eseguire la Erniotomia quando l'ernia strangolata si è ridotta in massa; casi diversi. Altri metodi proposti e messi alla prova per compiere la Erniotomia.

Signori,

Nella Lezione undecima io vi parlai della riduzione in massa dell'ernia strangolata, che può prodursi spontanea, o durante il taxis forzato; e, trattando della Erniotomia, come testè ho fatto, vi dissi pure, giovandomi della osservazione di Saviard, che questa riduzione precipitosa poteva avvenire durante l'atto operatorio.

Ora, dovendo il chirurgo darsi cura di togliere, sbrigliando, questo strangolamento anche quando l'ernia fu sfuggita a un tratto nel ventre sempre strangolata, in qual modo dev'egli provvedere?

L'ernia così ridotta intera e strozzata, si trova, già lo dissi, fuori del peritoneo fra esso e la parete addominale, ed in generale, per le ernie dell'inguine il suo fondo sta rimpetto all'apertura interna aponevrotica che diè via al viscere, ed è volto verso il bacino o fra il pube e la vescica (Sanson).

Allorchè tutti i tentativi messi in pratica per fare che l'ernia ricali, riuscissero vani, bisogna, e ce lo insegnò già da gran tempo Ledran, *incidere e dilatare l'anello, tagliare il ligamento, ritirare con due dita o con una pinzetta il sacco erniario, aprirlo indi sbrigliare e ridurre il viscere strangolato* ⁽¹⁾. A questi savi ammaestramenti del Ledran, poco aggiunsero i recenti scrittori, fra i quali sono da noverarsi Dupuytren, Luke, Turati.

⁽¹⁾ Opera cit.

Il Turati, nel suo eccellente Libro da me citato, e a pagina 222, dà colle norme segnate dal Dupuytren ⁽¹⁾ e dal Luke ⁽²⁾, i seguenti precetti che io caldamente vi raccomando. Quando l'ernia strangolata si ridusse da sè o fu ridotta in massa, l'Erniotomia che si deve compiere differisce dalla ordinaria ed è più ardua e scabrosa. Il Chirurgo deve aprirsi una via fino all'ernia nascosta nella cavità addominale, incidere il sacco, sbrigliare, riporre il viscere. Il sacco che raccoglie i visceri, deve esser raggiunto, non col taglio della parete ventrale eseguendo la gastrotomia, chè allora s'inciderebbe due volte il peritoneo, ma bensì seguendo la medesima strada che tenne l'ernia per venir fuori. E, dato che l'ernia da doversi operare sia la inguinale, si taglia all'inguine come se l'ernia stessa fosse fuori, o poco più in su verso l'orifizio interno del canale. Scoperta che si abbia l'apertura erniaria esterna (anello esterno inguinale), in essa s'insinua un dito per provare se si sentisse il sacco erniario teso, resistente, gonfio, elastico, dolente, e sentitolo, trarlo fuori colle dita o coi ferri. Quando questa prima ricerca riesca vana, e il dubbio della reintroduzione in massa abbia il più valido fondamento, si squarci l'anello ed il canale inguinale con ampi tagli, e si giunga fino sul peritoneo e sulla fascia trasversa, ripetendo le medesime ricerche esploratrici e procedendo in egual modo quando l'ernia si trovi. Anzi, trovata che sia, e riconosciuta per i segni che le son propri, prima di ricondurla fuori colle dita, colle pinzette da polipi, da medicatura, o con oncino che arroncini il sacco, si apra un po' il sacco medesimo, onde, se vi fosse del siero, possa sgorgare, e così diminuire il volume dell'ernia, agevolandone la sua discesa. Poi l'operazione si seguita nell'ordinario modo, quando non piaccia, rimanendo il sacco libero da adesioni e come cencioso, o di mantenerlo avvolto nel canale o di esciderlo.

Quando poi l'ernia, invece di essersi arrestata all'interna apertura del canale erniario e dentro di esso, si è spinta, sempre strangolata dal colletto, profondamente nel ventre, alcuni Chirurghi hanno proposta la gastrotomia e l'hanno eseguita in

⁽¹⁾ *Lesioni orali.* Lez. IX.

⁽²⁾ *Oper. cit.*

due modi; o incidendo tutta la parete ventrale come si farebbe per l'ovariotomia e andando alla ricerca dell'ernia strozzata; oppure distaccando e sollevando il peritoneo (Textor 1847) nel modo che si farebbe qualora si dovesse legare una delle arterie iliache e specialmente la primitiva. Il secondo modo, che salva dalla doppia ferita peritoneale, la parietale e quella del sacco, sarebbe nel caso il più opportuno, e quello che potrebbe guidare sull'ernia per la via più diritta. Allorquando la riduzione in massa sia avvenuta durante la Erniotomia, perchè l'Operatore, credendo di esser giunto nel sacco, l'ha riposto intero nel ventre col viscere strangolato, allora l'atto operatorio, essendo state già fatte le incisioni preliminari, può essere più facile e più pronto, seguendo le norme qui sopra indicate, seppure l'errore possa essere avvertito subito e non dopo alcun tempo, rendendosi allora necessario riaprir la ferita, la quale può essere in parte agglutinata, e quindi coi versamenti già fatti addurre difficoltà al ritrovamento dell'ernia.

A chiarir meglio quanto qui sono andato esponendo, ricordo una delle istorie di tali operazioni per l'ernia strangolata ridotta in massa riportata in un suo lavoro dal chirurgo francese Dieulafoy (¹), nel quale ragiona della condotta che deve seguire l'uomo dell'arte nei casi di ernia intro-inguinale ed intro-addominale strangolata. La istoria che io qui registro è la prima da esso ricordata.

Il sig. Vignerie fu nel 1840 chiamato da un uomo di 60 anni, il quale da molto tempo soffriva di un ernia inguinale mantenuta da un cinto, ch'ei levava la sera e rimetteva la mattina. Un giorno trascurò di rimetterselo e poco tempo dopo vennero in scena i vomiti, i dolori e tutti i segni propri dello strangolamento. Il chiamato, appena giunto, trovò il tumore voluminoso, l'anello esterno aperto: fatto il taxis, l'ernia rientrò; fu rimesso il cinto e raccomandato il riposo nel letto. Non per questo però cessarono o diminuirono i fenomeni dello strozzamento erniario, anzi si fecero più minacciosi, nè valsero le mignatte applicate, i cataplasmi, i clisteri ammollienti, le unzioni mercuriali e di bella donna, le bevande gelate. Era evidente che l'ernia, quantunque rintrodotta, era sempre stran-

(¹) *Revue Thérapeutique du Midi*. 30 Agosto 1858. — *Lo Sperimentale*. Serie 4.^a T. II, pag. 555.

golata. Questo dubbio, veduto che ebbe il malato, fu conformato da Dieulafoy, il quale propose una operazione, che subito fu accettata ed eseguita nel modo seguente:

Fu fatta una incisione parallela all'arco crurale: l'aponevrosi dell'obliquo esterno messa a nudo col suo anello, venne largamente incisa con esso; apparve allora l'interno orifizio del canale assai dilatato. Per questo orifizio introdotto il dito nel ventre, fu subito sentito dietro e accanto ad esso, un tumore resistente teso, fisso, il quale non lasciava dubbio che non fosse l'ernia ridotta in massa o strangolata dal colletto del sacco. Sbrigliato l'anello interno, fu possibile all'ernia, tratta in basso, di attraversarlo riconducendosi nel canale inguinale. Ivi, tenuta ferma con un oncino che la prese nella sua parte inferiore, diè modo all'apertura del sacco, e fu scoperta un'ansa intestinale strangolata dal colletto: sbrigliato il quale, l'ansa fu riposta e la ferita fu riunita immediatamente. Al malato fu dato dipoi oppio e ghiaccio; diminuirono i segni dell'acuto strangolamento e nella notte cessarono affatto: l'operato guarì e visse poi lungamente. La istoria di questa operazione narrataci da Dieulafoy, non può essere nè più semplice, nè più evidente per convincerci della sua utilità e del bisogno di prontamente ricorrervi.

Anche il Prof. G. Regnoli, quando patologi ed operatori andavano occupandosi della reintroduzione *in massa* dell'ernia strangolata, rese conto ⁽¹⁾ di un caso che qui merita di essere brevemente ricordato.

Un contadino dei pressi di Livorno, di anni 41, di gagliarda costituzione di corpo, ernioso da qualche anno all'inguine destro e usando di un cinto imperfetto, dopo un soverchio affaticamento a cavallo e a piedi, ebbe strangolata l'ernia. Chiamato un chirurgo, il tumore fu spinto in massa nell'addome. Continuando però tutti i segni dello strangolamento, il malato fu inviato alla Clinica Pisana. Visitato dal Prof. Regnoli, l'ernia era affatto scomparsa, avendo lasciato l'orifizio inguinale esterno dilatato tanto da permettere la introduzione della estremità del minimo dito. Con esso, e facendo fare all'infermo profonde inspirazioni non si sentiva tumore. Il cor-

⁽¹⁾ *Istoria e riflessioni sopra un operazione di Ernia.* Memoria. Pesaro 1831.

done spermatico era ingrossato, e sopra l'orifizio interno inguinale, sotto li sforzi della tosse compariva un tumoretto, non duro nè teso, ma dolente premendolo, come dolente era tutto l'addome. Fatte dal savio clinico tutte quelle opportune considerazioni onde stabilire le indicazioni e contro-indicazioni della Erniotomia, incalzando il male e non profittando i rimedi, fu deciso di farla e fu fatta.

Con una incisione lunghesso il canale inguinale, questo fu aperto, e, dalle condizioni normali delle parti, parve che non vi fosse passata ernia. Ciò sconsigliò l'operatore ma per fortuna non lo fece desistere dall'audace ed onorata impresa. Isolato il cordone spermatico e separatolo per un certo tratto « allungai (son sue parole) la ferita sullo scroto, spinsi dall'avanti all'indietro verso l'addome il mio dito indice, che penetrò in una specie di canale e che si arrestò ad una certa distanza. Allora feci tossire l'infermo, ma sventuratamente non rinvenni nessun corpo da indicarmi la presenza di un ernia strangolata e situato in quelle vicinanze. Però aveva fatto un passo vantaggioso colla probabile scoperta del luogo percorso dal tumore. Intanto dolentissima sotto la pressione era la corrispondente parete abdominale, senza per altro sentirvi nessuna circoscritta tumefazione. Benchè adunque nulla m'indicasse che ivi era l'intestino strangolato, pure coll'idea che bisognavano ancora ricerche e nuovi tentativi (avendo però sempre avanti gli occhi che è meglio non fare che far male), incominciai a sollevare e recidere a poco a poco le parti molli per giungere più indietro verso la cavità del basso-ventre. Alla per fine mi riuscì a scuoprire e tirare coll'ajuto di due pinzette un corpo resistente duro e quasi cartilagineo, che giudicai essere probabilmente un sacco erniario inspessito a cagione dell'ingrossamento della fascia trasversa, come una volta trovò il Lawrance. Con mano sospesa questo corpo venne reciso a sottilissimi strati fino a tanto che il coltello penetrò in una piccola cavità, dalla quale uscirono poche gocce di siero sanguinolento. Incoraggiato per questo scolo di umore, che indica sempre uno strangolamento, insinuai nel pertugio uno specillo bottonato che vidi dirigersi verso l'addome. Allora dilatai l'apertura con forbici codate e senza punta, guidate sopra tenta scannellata, e con piacere misi allo scoperto il corpo nemico, che per nerezza era

simile alla milza. Così fatto certo del tumore ernioso, spinsi il mio dito indice sinistro per riscontrare il punto dello strangolamento che trovai verso la linea alba, e a tale profondità che appena il polpastrello del dito esploratore poteva arrivarvi. Questo strangolamento fortissimo circolare simile ad una briglia tagliente, formato dal collo del sacco erniario, venne tolto col bistury di Cooper, dirigendone il tagliente in alto e un poco indietro, cioè in senso opposto alla situazione del cordone spermatico. Tolto in questa maniera l'ostacolo meccanico, bisognava portare un attento esame sullo intestino strangolato e specialmente ove corrispondeva la causa dello strangolamento ». E qui mi arresto nel dar conto di questo importantissimo caso, per il quale l'atto operatorio fu di ben altra difficoltà ed importanza di quello del Dieulafoy sopra ricordato. L'intestino messo allo scoperto dal Regnoli fu trovato cancerenato; fu inciso e tenuto fermo nel sacco con un filo passato nel mesenterio. L'operato combattè per assai tempo fra la vita e la morte e finalmente si rimise in salute, conservando l'ano accidentale, il quale poteva tapparsi con un cinto erniario. Questo del Regnoli è uno dei più ardui esempi di Erniotomia eseguita per l'ernia strangolata ridotta in massa.

Ma la Erniotomia, non volendo ammettere tanti processi speciali quanti furono li strumenti immaginati, proposti e messi alla prova per eseguirla, venne poi sempre fatta dai Chirurghi con quelle norme generali che io ho sopra indicate? oppure taluni di essi adottarono provvedimenti diversi e metodi vari che dal consueto e qui descritto si dilungarono? Questa ricerca è importante, non solo per conoscere e abbracciare tutta intera la istoria della Erniotomia, quanto ancora per mettere nelle mani dell'operatore qualche altro compenso che gli sia utile ed opportuno in qualche caso particolare di ernia addominale strangolata.

B. Dopo chè Franco e Pareo ebbero i primi insegnato a sbrigliare l'ernia strozzata, passando coi tagli necessari a raggiungerla, per quella medesima via che l'ernia stessa erasi aperta onde uscir fuori, ed ebbero pure stabiliti e raccomandati i più essenziali precetti a bene usare di questa nuova operazione, precetti restati nella pratica e tuttavia seguiti con quelle modificazioni che i progressi dell'arte e le cognizioni anatomiche,

patologiche e anatomiche-patologiche, hanno necessariamente addotte, alcuni chirurghi dettero opera a sbrigliare l'ernia, stretta dal laccio strangolante, o in modi affatto diversi dai raccomandati, o molto mutando quelli segnati già dai primi chirurghi Francesi.

Rousset, che visse in sul finire del secolo XVI, e fu amico di Ambrogio Pareo, in un suo libro, ove tratta del taglio Cesareo ⁽¹⁾, volendo egli dimostrare la possibilità di aprire il ventre senza gravissimo pericolo e con la probabilità di una salda cicatrice della ferita, narra aver egli saputo, che il chirurgo Maupas, squarciava l'addome per ritrarre in esso un ernia strangolata nel suo sacco. Ecco le sue stesse parole ». *Praeter jam dicta, datur et aliud exemplum: peritonaei nimirum magna illa sectio, ab antiquis usurpata et nuper renovata: in praesens verò ob Chirurgorum ignorantiam rara (quod multis exitio est) nimirum dum in hernia intestinali intestinum aliquod quasi captivum continetur, ita ut etiam volvulo laborent et morti proximi sint, nisi cum subita dilatatione rupti peritonaei secentur. Quà sectione non ita pridem supra dicti Vallees pater et filius, et Martinellus Montargissiensis, Borlivet dictus, piae memoriae, usi sunt. Qua ratione etiam Blaesius quidam ex amicis D. Alexij Gaudini felicitis memoriae (in sua praesentia, ut mihi attestatus est) per Maupas celebrem Chirurgum SECTUS FUIT, postquam unanimi consensu aliis auxiliis deficientibus, hoc inter ipsos esset conclusum. Tali enim necessitate fit, ut docti, industrii et prudentes, ejusmodi difficilia et gravia auxilia inveniant, benedictione divina, in tanto caritatis opere adiuti ⁽²⁾*. Da questa citazione del Rousset pare evidente, che Maupas, al suo tempo celebre, aprisse il ventre per curare un ernia strangolata e che il malato ne guarisse.

Questo audace modo d'incidere le pareti ventrali per andare a trovare un ernia strangolata, e ritirarla invece di respingerla aprendo il sacco e sbrigliando, pareva non avesse dovuto avere imitatori e seguaci: però ne ebbe uno nel Pigray che fu caldo difensore di esso. Pigray, che acquistossi nome di valente,

⁽¹⁾ *Assertio hist. et dialect. apolog. Pro partu Caesareo*. Paris 1590. pag. 208. Vedi anche *Hysterotomotokia Francisci Rousseti edita Gaspari Bauhini Basileensi*. Basileae 1612 (?).

⁽²⁾ *Hysterotomatokia* ec. pag. 45.

che visse sul finire del secolo XVI e sul cominciare del XVII, che fu chirurgo del Re di Francia e Lettore alla Università di Parigi, pare trovasse nella ardita operazione del Maupas il progresso della Erniotomia. Egli, alla incisione del sacco che ci fa vedere l'ernia qual'è, e ci ammonisce se deve o no essere rintrodotta, antepose quella della parete ventrale, rovesciando così il procedimento dell'atto operatorio quale era stato a noi insegnato dal Franco, e per mezzo del quale, tolto lo strangolamento per la via del sacco stesso, l'ernia veniva riposta nell'addome. Tolgo dall'opera del medesimo Pigray ⁽¹⁾ la descrizione della Erniotomia da esso raccomandata per la migliore, e che venne pur citata e quindi condannata dal Louis ⁽²⁾ in faccia all'Accademia di Chirurgia di Parigi nel decorso secolo. Pigray, nel Libro 11 del suo Trattato *De tumoribus praeter naturam in genere*, e al Cap. XLI ove discorre, *De intestino in scrotum delapso* pag. 298 dell'opera prima citata, così scrive;

Ut autem operatio haec probè fiat, in primis collocandus est aegrotus inversâ formâ, seu in dorsum; deinde incisio facienda DUOBUS CIRCITER DIGITIS SUPRA LOCUM QUI CONSTRICTUS ET COARTATUS EST; quandoquidem super locum ipsum citra intestini offensionem id fieri non potest. Apertione autem ad peritonaeum usque factâ, vertendus erit laborans in partem oppositam, ut intestina è loco, ubi sectio illa facienda est summoveantur; post haec secundum peritonaeum, digitusque in vulnus emittendus, intestinum, quod decidit, leniter et paulatim se movendo, et in propriam naturalemque sedem formamque reponendo manu aut butyro recenti aut amygdalarum dulcium oleo non nihil circumlitâ. Si vero tanta intestini quantitas delapsa esset, ut mayor apertio è necessitate facienda esset, ea quidem ad locum restrictum usque continuanda (sed digito illi imposito) supraque aut super specillum aptè, ob intestini conservationem fabricatum, facienda esset. Si vero flatibus ita plenum esset, ut operationem impediret, acu esset ad eos exinaniendos et vacuandos perforandum. Intestino autem tandem restituto, vulnus consuendum, si sit opus, eo, quem de vulnere ventris sutura diximus modo. De-

⁽¹⁾ *Chirurgia cum aliis Medicinae partibus junta.* Auctore Petro Pigreo. Parisiis 1609,

⁽²⁾ *Mém. de l'Académie Royale de Chirurgie.* T. IV, pag. 312. Paris.

nique qualis caeterorum vulnerum curatio est, talis et hujus erit.

Questa singolare e nuova maniera di eseguire la Erniotomia colla incisione delle pareti ventrali piuttostochè aprire il sacco erniario, iniziata da Maupas, consigliata da Pigray, venne dipoi accolta dal Cheselden, che una volta operò in siffatta guisa ⁽¹⁾, e dallo Smaltz chirurgo Olandese ⁽²⁾. Anche il Blancard ricorda altro esempio di simile operazione ⁽³⁾.

Tale modo di compiere la Erniotomia è, come dissi, l'inverso di quello insegnato dai più savi chirurghi cioè di aprire il sacco, osservare i visceri, sbrigliarli, e, quando è prudente il farlo, respingerli nell'addome. Squarciare il ventre ed entrare colle dita nel gran sacco del peritoneo per operarvi, quando non sia necessaria la gastrotomia per altro male o per speciali e singolari condizioni dell'ernia stessa, è atto pericoloso per le sue conseguenze e tale poi da disporre alle ernie consecutive per la cicatrice quando avvenga: ritirare i visceri strangolati di dentro, quando pure si possa fare, e senza conoscere in quale stato essi si trovino, è pure pericolosissimo, potendo dar luogo a rotture d'intestino, a stravasi peritoneali ec., i quali potrebbero non avvenire quando l'ernia fosse sbrigliata di fuori ed occorrendo mantenuta nel sacco.

Però, se io, seguendo Louis, condanno questa pratica operatoria del Pigray e dei suoi seguaci perchè inconvenienti a seguirsi, non posso disconoscere, che la operazione da esso descritta, e colla quale è provveduto al bisogno dello sbrigliare e a quello di sgonfiare le intestina pungendole coll'ago, non abbia dato motivo a certe speciali maniere di Erniotomia che le tennero dietro incidendo il sacco nel luogo preciso dello strangolamento, cioè agli orifici erniari ed al colletto e non altrove, e quindi abbia servito di norma ai metodi del Bell, del Malgaigne, ed anche a quello, di questi più antico, di G. L. Petit, del quale tratterò in seguito.

Beniamino Bell, nella sua opera classica di Chirurgia ⁽⁴⁾, descrive l'Erniotomia coll'ordinario procedimento e nel modo il più semplice che far si possa, sia per il piccol numero dei

⁽¹⁾ *Anatomia*. 3.^a Edic. pag. 383. Tav. XXV.

⁽²⁾ *Exercitationes practicae*. pag. 453.

⁽³⁾ *Praxeos Med.* T. II, Cap. II.

⁽⁴⁾ *Bell's Surgery*. T. I. Edinburgh. 1790.

necessari istrumenti, sia per le savie indicazioni di tutte le cautele opportune per condurre a buon fine questa difficile operazione. Però, nel caso che pur qualche volta avviene, in cui, nè col dito nè colla tenta, si possa passare, inciso il sacco, fra il viscere e l'anello strangolante, e sia pericoloso fare violenti sforzi per passarvi, consiglia di fare lo sbrigliamento di fuori in dentro, tagliando l'anello fino al viscere strozzato, in guisa chè l'ernia, resa libera, e non impedendolo alcuna sua condizione morbosa speciale, possa poi essere reintrodotta nel ventre. Questo modo di operare eccezionalmente proposto dal Bell, ed anche da Gug. Hunter ⁽¹⁾, ricordato dal Fabre ⁽²⁾, e raccomandato da molti savi pratici (sbrigliamento concentrico), è stato dal Malgaigne istituito a metodo generale per le ernie addominali strangolate, e particolarmente per le inguinati, ed io tolgo a descriverlo colle parole del suo autore quali si leggono nel suo ultimo libro di Medicina Operatoria ⁽³⁾.

« Io confesserò, scrive Malgaigne, di non saper comprendere come un processo così informe (parla del processo ordinario), sia tuttora presentato dagli autori anche recenti come l'espressione della scienza attuale. Io ho descritto fino dal 1842 il processo che qui andrò esponendo, e che rende l'operazione dello sbrigliamento per l'ernia inguinale facile e sicura quanto poteva essere innanzi ».

« Dopo aver riconosciuta la sede dello strangolamento (è Malgaigne che scrive) io fo in quel luogo una incisione che prolungo sopra e sotto di esso e per l'estensione richiesta dallo stato di grassezza dell'ernioso. Supposto, per esempio, che lo strangolamento sia a livello dell'orifizio superiore del canale, fo in questo punto una incisione, la quale, sugl'individui di mediocre pinguedine, non sorpassi i due o tre centimetri e sia nel centro dello strangolamento e nella direzione stessa dell'ernia e del canale inguinale. Taglio la pelle con un coltello retto secondo le regole delle incisioni ordinarie, arrivo all'aponevrosi del grande obliquo la quale incido con la punta a piccoli colpi come si farebbe nelle ordinarie dissezioni. Taglio pure

(1) L. NANNONI. Op. cit. T. II, pag. 167.

(2) *Bibliothèque du Médecin-Praticien*. T. XI, pag. 262.

(3) *Manuel de Médecine Opératoire*. — Hernie inguinale étranglée — pag. 596. Paris 1861.

le fibre del piccolo obliquo e del trasverso in modo da mettere il cordone spermatico e il sacco allo scoperto. Se il sacco sta nel cordone, apro con precauzione l'inviluppo fibroso di esso; guardo attentamente se qualche vaso serpeggia sul sacco e lo evito: metto il sacco ed il peritoneo a nudo, un centimetro sopra ed uno sotto dello strangolamento. Allora si scorge visibilmente il solco circolare da esso fatto: si riconosce ad evidenza che è operato dal colletto del sacco, e la trasparenza del peritoneo permette di osservare lo stato dell'intestino. Indi con piccoli tagli divido il colletto stesso, di fuori in dentro, e qualora lo stringimento sia tale e così forte da far temere che la punta del coltello offenda l'intestino, fo una piccola incisione, o sopra o sotto il colletto, e passandovi dietro una tenta solcata, lo divido sovr' essa con molta facilità ».

« Se l'ernia, invece di essere raccolta nel viluppo del cordone, si trova più internamente ad esso, siccome tutte le parti sono sotto i nostri occhi, niuno ostacolo impedisce di mettere in chiaro queste relazioni. Si riconosce per conseguenza l'orifizio superiore che lascia passare il cordone; al suo lato interno si può sentir battere l'arteria epigastrica; più in dentro si vede il foro della fascia trasversa, che ha lasciato passare e strangolato l'ernia. Si sbriglia questo foro senza aprire il sacco, e, dato che nulla si opponga, si riduce l'ernia, senza avere scoperti i visceri, medicando la ferita per ottenerne la riunione mediata ».

« Tale è il processo, segue Malgaigne, che da lungo tempo ho adottato in modo generale; il quale, prima di tutto permette al chirurgo di vedere ciò che fa, di evitare la lesione dell'intestino, dei vasi del cordone, dell'arteria epigastrica, e poi di condurlo sullo strangolamento per la via più breve e con tagli più limitati, rispettando lo scroto ed il sacco, ed evitando la suppurazione e la cicatrice di una estesa ferita affatto inutile ».

Veramente io non potrei darvi per ottimo il processo del Malgaigne per l'ernia inguinale strangolata rimpetto all'*ordinario* già descritto, e quello a questo preferire, quantunque, per certe ernie scrotali voluminose che debbono essere sbrigliate, e per le quali la larga incisione del sacco potrebbe mettere a nudo una gran matassa intestinale, possa essere opportuno ed utile. Non lo potrei dar per ottimo, perchè credo che, potendolo fare, l'ernia

strangolata che si opera, debba essere attentamente esaminata per giudicare se deve o nò riporsi, nè questo esame potrebbe mai farsi colla breve incisione delle parti che cuoprono il colletto del sacco erniario; perchè, se il chirurgo può vedere tutto quello che fa, non può egualmente vedere tutto quello che è in realtà nel sacco e nei visceri e provvedere al bisogno; perchè è raro rarissimo il caso della emorragia per ferita dell'arteria epigastrica o di una delle spermatiche per doverci impaurire a seguire l'ordinario processo; finalmente perchè una ferita più estesa che si faccia ed una strada un po' più lunga che si segua, non toglie che si abbiano buoni e salutari effetti dalla Erniotomia seguendo lo stesso processo ordinario. L'operazione del Malgaigne, considerando il suo modo di esecuzione, non può assomigliarsi certamente a quella del Pigray, in quanto chè questi passava per la via del ventre, e Malgaigne per il canale inguinale; Pigray ritirava l'ernia di dentro, Malgaigne la respingeva di fuori. Ma quando Pigray ci dice; che, *incisio facenda duobus circiter digitis supra locum qui constrictus et coarctatus est, quandoquidem SUPER LOCUM IPSUM citra intestini offensionem, id fieri non potest*, allora si comprende, che quando il taglio si potesse fare proprio *sul luogo dello strangolamento SINE OFFENSIONE INTESTINI*, e questo si può fare senza alcun dubbio, le due operazioni si assomiglierebbero, tentando l'operatore con esse di togliere lo strangolamento per la via più diretta e più breve. Un'altra maniera di compiere la Erniotomia, che fu creduta nuova quando venne proclamata, che si eseguisce senza l'incisione del sacco erniario, è quella che pigliò il nome da G. L. Petit, e che fu anche detta *Erniotomia extra-peritoneale*.

Louis asserisce ⁽¹⁾, scorrendo della operazione dell'ernia strangolata, che « fu Petit che ebbe *la prima idea* di sbrigliare le ernie strangolate, incidendo l'anello senza aprire il prolungamento peritoneale che le chiude ». Ravaton volle togliere a Petit il merito della scoperta, facendosene l'autore ⁽²⁾. Questo atto operatorio però non usciva nuovo nel passato secolo, nè Petit o Ravaton possono aver diritto ad averlo proclamato. Pietro Franco ed Ambrogio Pareo, inseguendo primi la Ernio-

⁽¹⁾ *Mém. de l'Acad. roy. de Chir.* T. IV, pag. 281, Paris 1784.

⁽²⁾ *Traité des plaies des armes à feu* ec. — *Nouvelle façon d'opérer le bubonocèle*, pag. 305 et suiv. Paris 1750.

tomia per l'ernie strozzate, dicono, che, fatto il primo taglio, *qualora l'intestino non rientri per materie fecali che vi siano raccolte, bisogna incidere la produzione del peritoneo fino all'intestino* ⁽¹⁾. Dunque la operazione, secondo i precetti di questi vecchi chirurghi francesi, si partiva in due atti distinti; o bastava il taglio extra-peritoneale (metodo del Petit) e l'ernia si reintroduceva senza incidere il peritoneo; o non bastava, e allora si passava allo sbrigliamento interno col bastoncello e colla cannula solcata aprendo il sacco. Però Petit, se non può da noi essere considerato (ed in questa opinione scendono pure il Vidal ⁽²⁾ e il Sabatier ⁽³⁾), l'inventore dello sbrigliamento dell'ernie strangolate rispettando il peritoneo e lasciando l'ernia chiusa nel sacco, fu quegli che primo raccomandò questa maniera speciale di operare, e la difese colla sua lunga esperienza e con i suoi savi ragionamenti, combattendo i chirurghi ch'eran contrari a siffatto modo di operazione. Egli così la descrive ⁽⁴⁾;

« Quando colle esterne incisioni si è scoperto il sacco erniario, e che si è sguarnito dal grasso e dalle membrane che lo ricuoprono, si piglia una tenta piatta, curva in cima e solcata nel mezzo. Questa s'insinua fra l'anello ed il sacco, e quindi si fa scorrere sovr'essa e nella solcatura la punta di un coltello per tagliare tutto ciò che si trova sopra. E qualora non si creda aver tagliato abbastanza per sbrigliare l'anello aponevrotico, si seguita a spingere sotto la tenta e ad incidere. Con questo mezzo il sacco rimane intero, e l'anello serrando meno, le parti rinchiusa son meno strozzate e si possono reintrodurre spingendole dolcemente ⁽⁵⁾ ».

Petit soleva talvolta anche disseccare il sacco, e aggomitolatolo, respingerlo nell'anello, e sempre sovr'esso mettere delle fila a pallottole chiuse in un fino panno, per tentare di procacciare con la suppurazione e la incarnazione, la guarigione radicale dell'ernia.

⁽¹⁾ AMBROGIO PAREO. Op. cit. trad. Malgaigne, T. I, pag. 410.

⁽²⁾ Oper. cit. T. IV, pag. 175.

⁽³⁾ *Operations Chir.* T. I, pag. 85.

⁽⁴⁾ J. L. PETIT. *Traité des Maladies Chir.* Nouvelle édict. corrigée. T. II, §. IX. *Des Hernies.* Paris 1790.

Petit morì il 1750. La di lui opera postuma sopra citata fu pubblicata nel 1774 e poi, riveduta e corretta, nel 1790.

⁽⁵⁾ *De la manière d'opérer les Hernies sans ouvrir le sac.* pag. 329.

« Io (seguita egli) sono più di 30 anni che uso di questo metodo e mi è riuscito. *Non lo adopero per tutte le ernie in generale, ma in taluni casi*, sebbene sia persuaso che possa convenire per molti ed essere applicato più estesamente. Anzi stimmo, che tolte le ernie *cancrenose, le marronate*, e alcune di quelle ove l'intestino contenga corpi estranei, tutte le altre possano operarsi senza l'apertura del sacco (pag. 331) ».

« E infatti quale utilità in genere dall'aprire il sacco e mettere i visceri al contatto dell'aria col pericolo di ferirli? Val meglio sbrigliare il sacco di fuori che l'anello di dentro ».

« Molte sono le critiche state fatte a questo modo di operare, avverte lo stesso Petit, e le principali sono; che è difficile; che espone a riporre nel ventre ernie cancrenate ed umori irritanti raccolti nel sacco. Che sia difficile, risponde l'autore, non monta, e la difficoltà, che poi non esiste, quando pur fosse utile, bisognerebbe vincerla; le ernie cancrenose non ammettono questo metodo, e li umori segregati nel sacco possono aversi per omogenei nè tali da accendere infiammazione ».

Il metodo del Petit ammette necessariamente come frequente lo strangolamento operato dalle aperture fibrose, piuttostochè dal colletto del sacco erniario: ammette che le cause organiche dello strangolamento siano più di sovente di fuori che dentro il sacco erniario, ed ammette pure, che, prima di operare o nell'atto stesso della operazione si possa riconoscere quando un ernia è cancrenosa o no. Ora è dimostrato, e questo fu già detto, e lo confermarono le osservazioni cliniche e le anatomico-patologiche, che lo strangolamento acuto è più di sovente prodotto dal colletto del sacco, come notarono già Arnaud, Ledran, Dupuytren, Malgaigne ec.; che per segni estrinseci e presuntivi non si può giudicare quando un ernia sia strangolata dal colletto del sacco, nè sempre quando sia cancrenata o in via di cancrenarsi; e che nel sacco, oltre i versamenti sierosi o siero-sanguinolenti *omogenei*, si possono trovare gas fetidi, materie icorose e pus, da non potersi senza grande danno e pericolo spandersi nel gran sacco del peritoneo. In un ernia strangolata e mantenuta nel sacco, si possono compiere dei lavori patologici distruttivi, i quali, appunto perchè scendono in una sede distinta, e per lo strangolamento quasi separata dalla cavità addominale, si compiono, mentre acca-

gionerebbero la morte dell'ernioso, quando in essa cavità, resa libera l'ernia, si operassero. Ciò deve ammonirci a non essere troppo solleciti ad usare, per la massima parte dell'ernie strangolate, il metodo del Petit, e questo onde non far contro ai principali canoni che governano la Erniotomia, ed evitando i sovrastanti pericoli, provvedere saviamente ai bisogni del male.

La Erniotomia altro non è in sè stessa che un ajuto necessario e indispensabile che si porge per ottenere il taxis o la riduzione del viscere protuso. Quando questa riduzione si possa compiere senza l'incisione del sacco, e l'incisione non sia reputata assolutamente necessaria per lo stato dell'ernia e per tutte le circostanze che l'accompagnano, chi potrà mai rifiutare in modo assoluto il metodo del Petit? Qualora un ernia strangolata non da molto tempo, spinta dalla mano, rientra, chi pensa alle condizioni nelle quali si possono trovare i visceri, alli umori contenuti nel sacco ec.? L'erniotomia extra-peritoneale, non fa che apparecchiare più agevole via alla reintroduzione, quando questa si stima conveniente e non pericolosa. Ciò non toglie che la regola principale per eseguire la stessa Erniotomia, non debb'esser quella d'incidere il sacco, e sotto i nostri proprj occhi, esaminando i visceri e procacciando lo sgorgo delle sierosità e a tutto provvedendo, governare noi stessi tutto intero l'atto operatorio. Oggi si può dire non vi sia operatore che abbia nome, che in qualche caso particolare non abbia compiuto il metodo del Petit e se ne sia anche lodato.

L'operazione si fa sul luogo stesso dello strangolamento, ed in quella guisa e con quelli atti medesimi, quali ci vennero descritti dal Malgaigne (metodo del Malgaigne), e che sopra ho ricordati, *tolta la incisione del sacco*. Ond'è che per l'ernia inguinale strangolata, si taglia l'anello esterno, l'aponevrosi del grande obliquo nella direzione parallela al canale, si tagliano l'inviluppi membranosi cellulo-fibrosi, sino a che non sia slentato quel rigido cerchio che stringe l'ernia, da poterne prima tentare, poi ottenere la riduzione.

Appena questo metodo, creduto nuovo, entrò nella pratica chirurgica quale ajuto opportuno della Erniotomia fu difeso o combattuto secondo le prove fattene ed i vari intendimenti dei patologici e delli operatori.

Più dei Chirurghi Francesi, i quali non furono, nè sono, molto proclivi per metterlo alla prova, ad onta degli sforzi fatti per raccomandarlo da Bonnet di Lione (*Gazette Médicale* 1840) e da Colson di Noyon (1863, *Archiv. de Méd. Série VI*, T. I. 1863), lo tennero in onore e molto lo stimarono e lo sperimentarono, l'inglesi, fra i quali Ales. Monro ⁽¹⁾, il Cooper ⁽²⁾, il Key ⁽³⁾, il Luke ⁽⁴⁾ ec. Monro scrive « esser'egli convinto, che questa operazione resterà nella pratica generale, quando tale maniera di Erniotomia sarà universalmente provata, e sarà da tutti riconosciuto, che, *se si opera presto*, non s'incontrano nè difficoltà nè pericoli ». Avversi alla medesima furono nella stessa Inghilterra lo Sharp ⁽⁵⁾, il Pott ⁽⁶⁾, B. Bell ⁽⁷⁾, dichiarando essi; che lo strangolamento, potendo essere dentro del sacco, e i visceri gravemente offesi anche per breve tempo essendo stati compressi, bisogna che il sacco sia necessariamente aperto.

Anche i Chirurghi Germanici avversarono certamente e più di tutti, il metodo del Petit. Lungamente ne scrissero, disapprovandolo, il Mauchart ⁽⁸⁾, il Platner ⁽⁹⁾ e principalmente l'Heister ⁽¹⁰⁾. Questi così ne ragiona: « il metodo di eseguire l'Erniotomia senza l'apertura del sacco, non piace a me, nè ad altri chirurghi; 1.^o perchè le adesioni che sono naturalmente fra il sacco e le parti vicine difficilmente si sciolgono e non senza offendere organi importanti quali i vasi sanguigni arteriosi; 2.^o perchè l'intestino e l'omento, potendo essere tanto alterati da non dovere essere reintrodotti, quando lo fossero a sacco chiuso, potrebbero cagionare la morte dell'ernioso; 3.^o perchè nel sacco vi potrebbe esser raccolta della marcia come la trovò Cheselden ⁽¹¹⁾, ed in copia (due libbre) e questa, spinta

⁽¹⁾ *Description of the bursae mucosae* ec. Edimb. 1788.

⁽²⁾ Oper. cit. pag. 220.

⁽³⁾ *Memoir on the dividing the stricture in strangulated hernia on the outside of the sac*. London 1833. — Trad. par Chassaignac Archives génér. de Médecine. 3.^e Série, T. IV.

⁽⁴⁾ MALGAIGNE. *Manuel de Méd. Opér.* pag. 597, Hernie ing. étranglée.

⁽⁵⁾ *Critical inquiry* ec. Edim. 1750. Trad. Franç. de Fault. Paris 1751, pag. 31.

⁽⁶⁾ *Chirurgical Works. Herniae*. T. I. Sect. V.

⁽⁷⁾ *A System of Surgery*. T. I. — Herniae. pag. 345.

⁽⁸⁾ *Dissertatio de hernia incarcerata*. Tubing, 1722.

⁽⁹⁾ *Institutiones Chirurgiae rationalis*. §. 839. Venetiis, 1747.

⁽¹⁰⁾ *Institutiones Chirurgiae*. T. II. — Bubonocèle.

⁽¹¹⁾ *Cyprian. De foetu ex uteri exciso*. pag. 85.

nel ventre, potrebbe uccidere l'ernioso; 4.^o perchè, essendo frequente l'ipertrofia dell'omento ed anche dell'intestino, essa si opporrebbe alla reintroduzione, quando pure avvolti i visceri fra loro non si fossero dentro il sacco strangolati, 5.^o in ultimo perchè, lasciando intatto il sacco, si terrebbe con questo metodo imperfetto aperta la via alla nuova riproduzione dell'ernia.

Tali opposizioni dell'Heister alla Erniotomia fuori del sacco, non hanno per loro stesse assoluto valore per rifiutarla, sia perchè proclamano difficoltà e pericoli dell'atto operatorio che raramente esistono, sia perchè pigliano di mira speciali ed eccezionali alterazioni, le quali non possono valere rimpetto ai tanti esempi di ernie strangolate e ridotte senza l'apertura del sacco. Anche il Richter nel suo Trattato magistrale delle Ernie (T. I. §. 200) dichiara; « che, malgrado tutti i vantaggi che può aver questo metodo, non può essere adoperato che in pochissimi casi, e solo quando il chirurgo possa esser sicuro, che le parti contenute nell'ernia, non si siano viziate per cancrena ».

I chirurghi Italiani, educati alle scuole del Monteggia, Palletta, Bertrandi, Nannoni, Scarpa, Vaccà ec., non fecero nè han fatto dipoi troppa buona accoglienza al metodo detto del Petit. Ogni clinico lo ha provato, ed io pure due volte, ma in certi eccezionalissimi casi di ernie voluminose, e quando la incisione del sacco non era assolutamente necessaria e poteva essere pericolosa. Colliex di Torino, essendo stato testimone, che, in dieci Erniotomie, un Operatore aveva ferito sette volte l'intestino, (!), si fece partigiano della operazione senza l'apertura del sacco, e presentò su questo argomento una Memoria alla Società Medica di Emulazione di Parigi ⁽¹⁾ la quale non fu giudicata favorevolmente ⁽²⁾. Nei due casi nei quali io usai del metodo nel Petit, in uno ebbi felice successo e pronto, nell'altro l'operato morì, scorse poche ore dopo l'operazione. Era un vecchio rifinito di forze, venuto di lontano dalla campagna e con gran disagio: l'ernia era inguinale esterna, voluminosa, e strangolata da più di due giorni. Tagliato l'anello del grande obliquo, e messo a nudo il sacco, la riposizione fu facilissima. L'autossia non fece manifesta la causa della morte.

⁽¹⁾ *Lancette Française*. T. VIII, pag. 204 e 272.

⁽²⁾ VIDAL. Op. cit. T. IV, pag. 176.

Certo è che questo metodo merita di essere studiato dai chirurghi operatori e tenuto in maggior conto: giacchè, se quell'ernia ridotta senza l'apertura del sacco, poteva rientrare col taxis comune e con lode di chi la ridusse, non si vede perchè la operazione del Petit non debba in pratica avere maggior valore, e ad essa si debbano attribuire dei danni che al taxis non si vogliono attribuire. Richter (Op. cit. T. I, §. 202) disse, che l'Erniotomia fuori del sacco può convenire tutte le volte che può esser tentato e continuato il taxis. Lawrance ⁽¹⁾ dichiara; che i vantaggi della operazione senza aprire il sacco, sono sì grandi, quando il tumore eccede un volume mediocre, ch'essa è da raccomandarsi e da adottarsi in tutti i casi di questa specie. Anche il Velpeau ⁽²⁾, dopo aver rifiutato il metodo del Petit, aggiunge; « tuttavia esso può esser messo in pratica con successo nelle ernie recenti e poco voluminose, nè merita l'oblio nel quale è caduto, e bisogna tentarlo ancora in quei casi nei quali conviene il taxis ». Le Dentu ⁽³⁾ così ragiona su questo importante argomento; la Erniotomia senza apertura del sacco, nata in Francia, ora appartiene più *alla chirurgia forestiera che alla francese*. Malgrado li sforzi del Bonnet, Colson, Dautrelepont, Key, Lüke per farla accettare essa fra noi è in poco favore se se ne eccettua il Gosselin che la difende. Egli la raccomanda, quando non si possono temere lesioni gravi dell'intestino. Roser tiene tale operazione per una delle più splendide conquiste della chirurgia e caldamente le dà favore. Se è scelto opportuno il momento per eseguirla, ed il suo esito non venga compromesso da intempestive prove di riduzione, è evidente il suo valore e la sua utilità. Sopprimendo la incisione del sacco, è tolto il mezzo che il peritoneo sia esposto al contatto dell'aria. L'atto operatorio rappresenta allora un modo speciale di taxis fatto a traverso un solo involuppo dell'ernia e slargando l'orifizio da cui l'ernia deve ripassare. Onde è; che se questa operazione sia eseguita, quando può sempre essere indicato il comune modo di riduzione incruenta, ogni rimprovero è vano. Le Dentu conclude; che quan-

⁽¹⁾ Op. cit. T. I, pag. 212.

⁽²⁾ Oper. cit. T. IV, pag. 101.

⁽³⁾ *Nouveau Dictionnaire de Méd. e Chir. pratiques*. T. XVII, Artic. *Hernies*. pag. 617, Paris 1873.

do il taxis aiutato pure col cloroformio riesca inefficace, si può senza esitazione fare l'Erniotomia extra-peritoneale. Sui vantaggi di questa medesima operazione, ne ha pure scritto recentemente lo Chauvet ⁽¹⁾.

Fidando adunque sulla autorità di pratici valenti, i quali molto si occuparono della cura delle ernie, noi non possiamo nè dobbiamo disconoscere la utilità della Erniotomia extra-peritoneale, sia per le ernie piccole, recenti, dolorose, acutamente strangolate, allorchè il taxis incruento le può sempre ridurre (Velpeau); sia per le voluminose, e questa la credo più savia indicazione, quando l'aprire il sacco può essere periglioso, atteso la gran massa intestinale ed omentale che potrebbe uscir fuori da parer proprio che il ventre siasi aperto e i visceri siano sbucati penzolini sulle coscie (Lawrence). Anzi in questi casi di grandi ernie, il metodo del Petit può avere una reale utilità che li altri non hanno, ed è, che, tolto lo strangolamento quando si possa, e mettendo l'ernia con l'ajuto di quest'atto operatorio nelle condizioni di ritornare sciolta di strangolata o incarcerata che era, può pure permettere di lasciarla nel sacco senza pericolo, e con la speranza che il riposo, li opportuni maneggiamenti e la cura medica possano agevolar poi la completa riduzione di essa.

Ed è appunto per queste medesime ernie, che sono più particolarmente le inguinali (scrotali, oscheoceli ec.), ove molta è la massa viscerale discesa, largo l'anello ma non tanto da favorire il rispingimento delle parti nel ventre, ed ove lo strangolamento procede con fenomeni non molto acuti, che questo metodo, eccezionale sempre, può essere francamente raccomandato ai chirurghi.

Ed affinchè le indicazioni per eseguirlo, che ci possono venire dalle conoscenze patologiche delle ernie strozzate e dalla loro qualità, non sia disgiunto dall'apprezzamento dei risultati clinici, che la pratica dei diversi metodi di operare posti alla prova, ci può avere insegnato, e sempre coll'intendimento di dar maggior valore alla Erniotomia fuori del sacco, non vi sia grave, o Signori, se io vi pongo sott'occhio queste statistiche relative a questo medesimo metodo e che ho tolte dai

⁽¹⁾ *De la Kélotomie sans ouverture du sac herniaire.* Thèse. Berne 1872.

più recenti scrittori di chirurgia, e colle quali vi confermerete vie più nella opinione, che l'operare per l'ernia strangolata senza l'apertura del sacco, non è poi quel metodo tanto irrazionale, pericoloso e degno di biasimo, da consigliare di rifiutarlo, solo perchè non è generale, non provvede a tutto, nè può giungere a compiere la operazione coi diversi tempi o atti voluti dalle scuole, quasi chè il chirurgo, incominciata pure che l'abbia con questo metodo, e riconosciutolo insufficiente, non possa poi continuarla coll'ordinario procedimento, incidendo il sacco, esaminando i visceri, e sbrigliando di dentro l'anello strangolante.

Il Collis nel 1861 pubblicò una statistica comparativa dei risultati ottenuti, tanto colla Erniotomia ordinaria aprendo il sacco erniario. quanto col metodo del Petit senza inciderlo, ed eccola.

Erniotomia con incisione del sacco.

T. W. King	80 casi:	46	guarigioni	34	morti
Read and Peacock.	9 »	5	»	4	»
Howship	19 »	8	»	11	»
South.	16 »	10	»	6	»
Guy's Hospital. . .	19 »	9	»	10	»
Jextor.	56 »	32	»	24	»
Malgaigne	220 »	87	»	133	»
London Hospital. .	65 »	43	»	22	»
Auman.	545 »	285	»	260	»
Totale N. ^o		1029	525	504	

Proporzioni 50 per 110 morti.

Erniotomia senza incisione del sacco.

Ernie crurali.	62 casi:	57	guarigioni	9	morti
Ernie inguinali	17 »	12	»	5	»
Ernie ombellicali . . .	8 »	6	»	2	»

Totale N.^o 87 » 74 guarigioni 16 morti

Proporzioni 14 per 100 morti!

Dunque, in 1020 casi di ernia strangolata aprendo il sacco,

si contano circa 50 morti per $\frac{0}{100}$ operati, non aprendo il sacco, su 87 operati si contano 16 morti, cioè 36 per $\frac{0}{100}$ che è quanto dire, che l'operazione con la incisione del sacco dà *un* morto su *due*; quello eseguito col metodo del Petit rispettando il sacco dà *un* morto su *sette* operati, e dà poi 6 guarigioni sopra 8 operati per ernia ombellicale strangolata, che è un risultato maraviglioso.

Su 12 casi riportati da Doutrelepont, sempre senza incidere il sacco, si noverano 11 guarigioni e 4 guarigioni su 4 casi referiti da Chauvet. (1).

Key e Luke operarono senza incidere il sacco 66 erniosi ed ebbero soli 9 morti: ne operarono 30 col metodo ordinario aprendo il sacco, e contarono 11 morti. Schuh, distinto chirurgo ed Operatore Alemanno, così scrive; « Io oso esprimere la mia opinione sulla operazione dell'ernia strangolata, avendola eseguita più di 140 volte e con esiti fortunati. Tuttavia mi faccio rimprovero di non aver tentato che in questi ultimi anni lo sbrigliamento fuori del sacco erniario, e son persuaso che se vi fossi ricorso più presto, forse parecchi che perirono, sarebbero con esso stati salvati » (2).

Ora, di fronte a questi evidenti risultati clinici e rimpetto al giudizio savio di uomini autorevolissimi, chi potrà mai negare la utilità di siffatto metodo particolare di Erniotomia?

E notate bene, che a queste cifre statistiche io non voglio dare un valore maggiore di quello che possano avere, poichè esse segnano, in massa il numero dell'ernie strangolate operate, o accennano alla sede loro soltanto senza tener conto della età delli erniosi, del sesso, del principio del male, del tempo e del grado dello strangolamento, delle complicate ec., indicazioni tutte che in una statistica magistrale dovrebbero essere registrate. Dalle statistiche questo solo si sa, che facendo la Erniotomia coll'apertura del sacco, su 100 operati ne muojono 50 e senza l'apertura del sacco, su 100 se ne perdono 36, risultato abbastanza importante per dar molto valore alla Erniotomia esterna o extra-peritoneale.

Nella lezione susseguente dirò di altre maniere proposte per eseguire la Erniotomia, e di altri argomenti importanti relativi a questa operazione.

(1) *Nouveau Dict. de Méd. et Chir. pratiques.* pag. 618.

(2) *ROSER-Manuel de Chirurgie Anatomique Traduite par Culman et Sengel* — pag. 332, Paris, 1872.

LEZIONE SEDICESIMA

*Altri modi proposti e messi alla prova per eseguire la Ernio-
tomia e più particolarmente del metodo sotto-aponevrotico
di Guérin.*

Signori,

Vi sono taluni fra li esercenti la nobile e difficile arte della Chirurgia, i quali non credono poter mai salire in fama, se non seguono nell'operare metodi loro propri, siano pur strani e singolari, e non usano i loro particolari strumenti, quasichè non fosse vero pur troppo, che la Medicina Operatoria guadagna tanto in perfezione quanto acquista in semplicità. Di questo ne scrissi già or sono molti anni ⁽¹⁾. A costoro non basta che l'esperienza lunga e la lunga prova, si sia pronunziata sul valore assoluto e sui più retti indirizzamenti di metodi e di processi atti a guarire speciali infermità: bisogna proprio che venga fuori il loro nuovo metodo ed i loro nuovi ferri, e ciò perchè il nome dell'operatore esca fuori e sia registrato nei libri magistrali dell'arte, nei quali spesso finisce criticato, inglorioso ed obliato.

Altri vi sono, i quali, immaginato avendo un loro metodo nuovo per certi mali ed i necessari istrumenti per eseguirlo, e trovatolo buono, e dagli altri laudato e cimentato con frutto,

⁽¹⁾ Della necessità di rendere più semplice l'insegnamento delle operazioni chirurgiche. Considerazioni del Prof. C. Burci, 1850. Giornale medico *Il Progresso*, An. II, n. 11, Gazzetta Med. Italiana. Toscana, n. 3 e 9.

intendono poi renderlo universale, e conducendolo quasi a processione, curar con esso morbi per sede e per natura diversi, e per i quali esso è assolutamente inconveniente. Essi, forse non pensandovi, fanno a somiglianza di quei ciarlatani girovaghi, i quali, con una boccetta d'acqua colorata, assicurano, infinocchiando la gente, di aver essa potenza di guarir qualunqueiasi malattia. Vedete lo Chassaignac col suo *écraseur*, che è buono strumento, per dimostrare che può con esso compiere i principali atti operatori, vedetelo accingersi sfrontatamente ad eseguire la Cistotomia nuocendo all'infermo (morto), alla importanza del suo schiacciatore ed alla sua fama! E questo dico, non per quei savi che fanno piegar la meccanica ai bisogni veri della Chirurgia, ma per quei pomposi e vanitosi, i quali sdegnano di ricordare, che il primo strumento chirurgico è la mano, che molto si può fare con elementari strumenti, e che i complicati apparecchi, dei quali pure bisogna servirci per certi mali, tanto più valgono, quanto più si ajutano della maggiore semplicità. Tale dichiarazione, che è frutto della lunga mia pratica, di pensate considerazioni, e di un profondo convincimento, mi sia permesso di premettere, dovendo discorrere di altri metodi consigliati per compiere la Erniotomia, e che certamente non possono rivaleggiar cogli antichi, sui quali è imposto il suggello della esperienza e della utilità.

Il Guérin anche alla Erniotomia volle applicato il suo metodo d'incidere e sbrigliare sotto la pelle le parti dislocate e strangolate, da esso diffuso con gran frutto di fortunati successi per la tenotomia e miotomia.

Ecco in qual modo egli descrive la sua prima operazione eseguita con questo stesso metodo ⁽¹⁾ per un'ernia da esso dichiarata inguinale congenita epiploica e strangolata, quantunque all'ernioso non avesse cagionato segni simpatici e generali di strangolamento, e gli avesse pur permesso di avere con un purgante evacuazioni ventrali abbondanti, e di andare da se a consultare uno ed altro chirurgo, chiedendo aiuto per guarir del suo male.

(1) GUÉRIN. *Note relative a un cas de hernie inguinale au moyen du débridement sous-cutané. Communiquée à l'Acad. des Sciences le 2 Août 1841.*

Gazette Médicale de Paris, T. XIX, n. 33, pag. 513, 1841.

Riuscito inutile il taxis incruento : « feci stendere il malato, scrive Guérin nella sua Nota, sopra il letto , nel modo che si fa per la Erniotomia , col bacino rialzato e colle coscie sovra esso semi-flesse. Rasi i peli , mi assicurai della direzione del canale e del peduncolo , indi feci una piega trasversale della pelle di 3 o 4 cent. presa alla radice dello scroto e trasportandola rimpetto all'anello inguinale ; con un piccolo coltelletto a lancia largo 4 millimetri punsi la detta piega costeggiando la parte superiore del peduncolo erniario. L'istrumento penetrò fino a livello dell'anello inguinale, nel quale, tolto il coltello, insinuai una tenta solcata , che grado a grado feci penetrare nella direzione del canale, serbandomi sempre col ferro sul lato superiore e anteriore del peduncolo. Dopo alcuni tentativi giunsi a fare scorrere la tenta stessa nel canale inguinale alla profondità di 7 centimetri, l'affidai ad un ajuto, ordinandogli di abbassare il padiglione e di fare sporgere la punta quanto poteva. Ivi feci una nuova piega alla pelle e alla base di essa una seconda puntura superiore alla prima, e per essa introdussi un *miotomo* convesso e smusso alla cima, di cui la lama, lunga 3 centimetri e larga 3 millimetri era sostenuta da un fusto di 5 centimetri. Il miotomo lo impegnai nella solcatura col taglio volto in alto ed in fuori , e con esso a piccoli tratti divisi la parete anteriore del canale inguinale, appoggiandomi col pollice e l'indice sulla parte che divideva , in modo da comprendere e deprimere sotto le mie dita il coltello ed i tessuti corrispondenti. Questa precauzione ebbe lo scopo di favorire la divisione della parete del canale, aumentandone la sua resistenza e rendendola più agevole : arrivai fino all'orifizio profondo del canale. Dopo siffatto sbrigliamento tentai la riduzione , ma la impediva una falda dell'anello esterno sfuggita al taglio : introdussi un altro piccolo miotomo concavo bottonato a lama strettissima, e la tagliai. Allora la riduzione parve facile, salvochè la durezza e il volume considerevole dell'ernia mi consigliarono a farla grado a grado. Però, fatta che fu e lasciata la compressione, l'ernia ricadeva nello scroto : la riduzione era apparente, e l'ostacolo era prodotto dall'orifizio inguinale interno. Rintrodussi un ultima volta il miotomo concavo , e *in due punti sbrigliai l'anello profondo* in alto e in fuori. Allora soltanto l'ernia fu compiutamente ridotta con molta facilità.

Prima di quest' ultimo taglio doppio sull'anello interno, l'atto operatorio era durato quasi *tre quarti d'ora*, indi fu pronto. Scacciai il sangue e l'aria infiltratasi nella ferita; le due punture le copersi con tela ingommata; usai larghe falde di fila e compresse sull'inguine, mantenute con una fasciatura a spiga.

L'operato, senza risentire alcun malefico effetto dei tentativi della riduzione sofferta e della lunga operazione, colle punture cicatrizzate al quarto giorno, e restando all'inguine i segni di ecchimosi che poi compiutamente si dileguarono, all'ottavo di era perfettamente guarito ».

Guérin da questo fatto, il quale non mi sembra di ernia strangolata, e per il quale egli fece lo sbrigliamento intra-muscolare, e poi doppio taglio alla radice del peduncolo dell'ernia in corrispondenza dell'orifizio inguinale interno, atto operatorio che veramente impaura, conclude, che, quantunque vi possa essere temerità a indicare *a priori* fino a qual punto lo sbrigliamento sotto-cutaneo possa essere reso generale per le ernie strangolate, pure vi sono dei casi comuni, ei dice, nei quali senza fallo esso dovrà essere raccomandato pigliando norma da quello qui ricordato. E fiero del suo esempio, Guérin aggiunge, che lo sbrigliamento sotto-cutaneo dovrà per *regola* essere sostituito ai metodi antichi, quantunque volte si avrà ad operare un'ernia di recente strangolata, intestinale od epiploica che sia, inguinale, crurale, ombellicale o ventrale, purchè vi siano ragioni per ammettere che lo strangolamento non sia fatto dal colletto del sacco erniario, e che le parti strangolate non siano cadute in cancrena.

Lasciando da parte la difficoltà grande, la lunghezza e l'evidente pericolo dell'atto operatorio per l'intestino che può rimanere offeso; perdonando all'autore il grave peccato di volere da un caso solo ed unico operato, risalire al precetto generale della Erniotomia, operazione difficile sempre e spesso complicata, quando sappiamo noi per segni certi e positivi, se lo strangolamento sia prodotto o no dal colletto del sacco? quando se un processo di mortificazione possa essere incominciato nell'intestino o nell'omento? Guérin vorrebbe che la Erniotomia sotto-cutanea fosse messa a pari del taxis comune: e siccome, facendo quello, non si pon mente alla sede vera dello strangolamento, nè ci si preoccupa se l'intestino abbia o no

sofferta lesione grave, così egualmente ajutar dovrebbe questa maniera speciale di sbrigliamento. Ma, operando il taxis incruento, quando è che si va col coltello a rasentar l'intestino col pericolo di tagliarlo e reintrodurlo tagliato?

Io spero che questo modo del Guérin rimarrà nella istoria dell'Erniotomia quale un esempio dello sforzo fatto dai chirurghi per trovar modo di renderla più semplice e meno dolorosa. Ma ricordiamoci che rendendola più semplice, ciò non significa averla resa più sicura, che è lo scopo finale dell'arte operatoria.

Le cose nuove e singolari invogliano sempre i desiderosi di novità, i quali nelle medesime sono usi vedere il vero progresso dell'arte. Quindi non desterà maraviglia se anche la Erniotomia sotto-cutanea trovasse alcuni chirurghi valenti che l'abbiano voluta provare, senza accendere ne i savi la voglia d'imitarli.

La provò, che io sappia, il Bouchut ⁽¹⁾, la sperimentò il Palamidessi ⁽²⁾ in una voluminosa ernia scrotale in vecchio cachettico, ed ove lo strangolamento pareva ed era fatto dall'esterno orifizio del canale, per persistente contrazione muscolare, eccitata da soverchia quantità di visceri fuori usciti; i quali, chiusa la via per rientrare, bisognò che col taglio sotto-aponevrotico questa fosse aperta e resa libera: l'operazione riuscì a meraviglia, ed il malato in pochi giorni, munito del cintò, tornò ai suoi.

È però singolare che il Palamidessi scendesse, in questo caso, a scegliere la Erniotomia sotto-cutanea insegnata dal Guérin, quando, ragionando in una sua memoria ⁽³⁾ del metodo del Sentin e di quello del Guérin, e l'uno mettendo a confronto dell'altro, così scrive; « sostituendo il tenotomo al dito, che lacera l'anello strangolante, cosa succede? se vo-

(1) Vedi SÉDILLOT. — *Traité de Médecine Opératoire*. Paris 1846, pag. 776.

(2) Un caso di ernia strangolata ridotta collo sbrigliamento sotto-cutaneo ed extra-peritoneale. *Gazzetta Medica Italiana*. Toscana, Anno 1857, n. 4, pag. 32.

(3) Intorno alle iniezioni iodate nel sacco erniario per cura radicale dell'ernia sciolta; sulle scarificazioni sotto-cutanee del canale erniario praticate col medesimo scopo, e sopra lo sbrigliamento sotto-cutaneo fatto colla tenotomia, e quello eseguito colla lacerazione e distrazione dell'anulo alla maniera del Sentin. Considerazioni del Dott. Cosimo Palamidessi. *Gazetta Medica Italiana*, Toscana. Serie terza, Anno 1855, n. 15, pag. 113.

gliamo esser cauti, siccome l'entità del caso lo richiede, noi non possiamo attenerci, egli seguita, che ad una incisione superficiale, guidata per quanto è possibile dal tatto e limitata al semplice cercine fibroso dell'anello inguinale esterno. Però chiunque ha praticata l'erniotomia extra-peritoneale, incidendo i comuni integumenti, sa per propria esperienza, che non sempre basta la sezione dell'anello aponevrotico, e che spesso fa d'uopo incidere, ora delle fibre muscolari dell'obliquo e del trasverso, ora delle briglie dovute probabilmente a ripiegature ed inspessimenti della fascia trasversale, sicchè deve il chirurgo con la guida della vista e del tatto andare cautamente scandagliando le cause superstiti d'irriducibilità dei visceri, dopo l'eseguita sezione dell'anello aponevrotico, con tenta scannellata e con molta cautela, ad una ad una tagliando le fibre, onde possa esser permessa la riduzione delle parti protuse, senza che avvenga la incisione del sacco, lo scoprimento del viscere, o l'infausto avvenimento della ferita di questo. Ora, essendo le cose poste in questi termini, possiamo noi aver conoscenza di quello che sarà per accadere spingendo sotto la cute un tenotomo? Se esso sarà introdotto superficialmente, sicchè il solo anello fibroso venga diviso, spesso ci troveremo nel caso di non vedere ridotto l'intestino per non aver tolte tutte le cagioni strangolanti superstiti; se lo introdurremo a maggiore profondità nella fiducia di poter tutto comprendere di ciò che può coartare, oltre il suddetto anello, le viscere spostate, chi ci potrà garantire dalla offesa dell'intestino? Chi oserà di portare il tenotomo a tanta profondità colla sicurezza di non incorrere in gravi accidenti? Ma se il cingolo strozzante (continua l'autore) è fatto dall'anello aponevrotico pubico, o almeno possiamo a quello attribuire lo strangolamento, dovremo rigettare la tenotomia sotto-cutanea per attenerci allo sbrigliamento con o senza incisione del sacco? Io credo, aggiunge, che questa sia l'unica circostanza nella quale si possa con un certo grado di sicurezza introdurre il tenotomo dentro il canale inguinale e sotto l'aponevrosi, non già profondamente nè coll'intendimento di tagliare oltre il tessuto fibroide che strangoli, ma bensì per aprire, quando altro non facesse, una via che basti onde eseguire lo sbrigliamento per lacerazione e distensione col metodo di Sentin. Però, seguita egli, con queste considerazioni

che per brevità riepilogo; se noi riflettiamo, che talvolta in individui pinguedinosi, anche il cingolo aponevrotico pertinente all'anulo esterno può essere malamente dominabile, e che, per forza del suo potere strangolante, l'anello fibroso può talmente essere addossato alle parti fuoriuscite e in esse sepolto da rendere difficile, pericolosa ed imprudente l'introduzione del tenotomo, facilmente allora potremo intendere, come anche in questi particolari indicati casi, possa essere nella pratica limitato questo metodo di Erniotomia sotto-cutanea e sotto aponevrotica, specialmente avendo noi l'ajuto della operazione extra-peritoneale col metodo del Petit ».

Io ho fiducia, o signori, che questa particolare e nuova maniera di Erniotomia, la quale fece presumere a Guérin, che avrebbe potuto vincere l'antica e classica operazione, mentre poi ebbe pochi e rari seguaci, non invoglierà alcuno, che sia savio, ad imitarla. Le ragioni per condannarla sono evidenti a chi abbia esperienza delle ernie strangolate, e voglia provvedere nel modo più certo e sicuro a togliere lo strangolamento. Altro è tagliare col tenotomo l'anello inguinale esterno e la parete anteriore del canale, altro eseguire una Erniotomia per ernia veramente strangolata, acutamente strangolata, ove la sede dello strangolamento e le alterazioni avvenute nei visceri strozzati, possono esser profonde e la sola guida a condurre l'operatore per la diritta via, per la via normale, la quale non potrà mai esser quella che evita ad arte l'incisione del sacco, o la compie occultamente senza regola alcuna. Se i metodi di Seutin, di Petit, di Guérin possono in taluni casi essere fruttuosi ed ajutare il taxis comune, quante mai volte l'operatore non vede, non sente la necessità di esanimare i visceri che deve riporre nell'addome, o quante mai volte ancora non trova lo strangolamento prodotto dal colletto del sacco, che non può, usando prudenza, esser vinto coi sopra nominati metodi, ma tolto soltanto colla incisione e colla dilatazione intra-peritoneale, adottando il metodo classico dell'operare?

Ma il campo sacro dell'arte, specialmente della operatoria, è spesso messo in scompiglio dalle pretese nuove culture dei novatori; i quali, coll'arroganza di aver trovato il buono, il meglio, l'ottimo, e usando compassion generosa verso coloro che altrimenti fecero e fanno, porgono alteri i frutti della loro

pratica novella, dichiarandoli più dei vecchi gustosi, saporiti e utili.

Ogni chirurgo che abbia attentamente studiato il vasto argomento delle ernie, e particolarmente di quelle strangolate, ed abbia pure esperienza propria e lunga della Erniotomia, sa pur troppo da se, che vi sono casi, nei quali, fatto che sia lo sbrigliamento, o per la gran massa di visceri usciti fuori (Petit), o per lo stato violento di flogosi circoscritta al tumore ernioso, o per alterazioni speciali che i visceri stessi abbiano patite (ulcera perforante, rottura, ferita, cancrena dell'intestino; omento infiammato, mortificato, ipertrofico, degenerato ec.), i visceri che furono strangolati *non possono o non debbono essere riposti nel ventre*, mentre la regola generale ed il precetto dato a tutti gli operatori, quando nulla si oppone, è di riporli. Il lasciarli fuori pendenti nel sacco è dunque una rara eccezione, e questa, quale essa sia, ha pure le sue norme, le sue speciali indicazioni, ed anche in taluni casi, le sue particolari pratiche operatorie. Ora un chirurgo Francese, Marc Girard, non saprei dire se molto pratico della Erniotomia, ha voluto recentemente, credo per vezzo di novità, proclamare un suo nuovo metodo, vietando in ogni caso di Erniotomia, la reintroduzione nell'addome dei visceri sbrigliati, giudicando sempre questo atto nocevole e periglioso ⁽¹⁾. Egli dà per ragione di questa sua nuova pratica singolare, eccentrica e contraria alle regole che finora ci hanno guidato in questa operazione, che non potendosi dare strangolamento erniario senza chè si generino sui visceri strangolati delle speciali alterazioni per ingorgo, per flogosi ec., nè questi potendo esser riposti nell'addome, alterati come sono, senza accendere e diffondere nel peritoneo una violenta flogosi spesso letale, meglio è lasciarli ove si trovano nel sacco, solo contentandosi l'operatore dello sbrigliamento. Un'ernia che abbia patito li effetti dello strozzamento, meglio è, secondo la pensa il Girard, che resti nel sacco di quello che sia riposta nell'addome. Meglio è, che il lavoro patologico che deve svolgersi per l'atto dello strangolamento e della operazione, si operi nel sacco ove l'ernia si trova, di quello che si compia sull'intestino o sul-

(1) *De la Kélotomie sans réduction: nouvelle méthode opératoire de la hernie étranglée*. Thèse. Paris 1868.

l'omento riposti liberi nella grande cavità del peritoneo, potendosi nel primo caso circoscrivere la infiammazione, mentre nel secondo si apparecchia la pronta diffusione di essa sul medesimo peritoneo.

Questo metodo nuovo, che fa di un'eccezione una regola generale, che sconvolge la pratica intera della Erniotomia non solo, ma delle ferite penetranti del ventre con uscita di visceri, e che non tien conto dei tanti casi oramai innumerabili di reintroduzione di ernie strangolate e guarite, non ha, secondo che io penso, altro diritto che quello di essere ricordato per sconsigliarlo e condannarlo. Nello stato in cui trovasi attualmente l'argomento importantissimo delle ernie strangolate, e dopo i lavori classici che si fecero e si van facendo da uomini competenti per rendere più semplice e più efficace la Erniotomia, fa alta maraviglia sentire il signor Girard proclamare, *che la riduzione delle ernie strozzate, e messe allo scoperto col taglio, è sempre una cattiva pratica, qualunque sia il tempo dello strangolamento o il grado delle alterazioni viscerali, dovendosi sempre preferire di lasciare l'intestino nel sacco*. Io non credo vi sia chirurgo esperto, valente, educato alla scuola dei fatti, che non senta ribrezzo a questa conclusione del Francese Girard e non la respinga. Infatti che diritto ha egli di dire, che l'ernie strangolate e sbrigliate, riposte che siano, promuovono la peritonide, e lasciate nel sacco, non la promuovono, e la guarigione è più sicura e quindi più garantita la vita dei poveri erniosi? Ove sono le prove di questa sua enfatica ed esageratissima conclusione? Facile è il dire, difficile il provare. Ove è la statistica del signor Girard che tenga fronte a quella su cui sta la regola della vecchia pratica del reintrodurre cioè le ernie sbrigliate, quando speciali condizioni morbose non la contrastino e la vietino? Quali operatori hanno imitato e seguito le sue dottrine? Anzi non sono esse state combattute da Gosselin e dal Le Dantu ⁽¹⁾ vittoriosamente? Lasciamo dunque il signor Girard col suo metodo nuovo, che questa sua novità non c'invoglia, e facciamo voti che egli, provando e riprovando, ritorni a più savio consiglio.

(1) *Nouveau Dictionnaire de Méd. e Chir. pratiques. Art. Hernie crurale. — Hernies en général* T. XVII, pag. 613.

Dopo aver descritto i metodi e processi diversi per eseguire la Eniotomia, ed averli giudicati secondo il loro valore, pesandoli sulla bilancia della esperienza, ora viepiù confidente torno a voi, o giovani egregi, raccomandandovi in generale l'ordinario metodo, l'antico, il classico, quello che si compie colla incisione ed apertura del sacco erniario, poichè nel fare questa delicata operazione, è sempre meglio, lo dice il Ranzi (1), vedere tutto con i propri occhi, alla chiara luce, conoscere positivamente le circostanze in mezzo alle quali uno si trova, e provvedere ai bisogni, piuttostochè andare al tasto, brancolare azzardatamente fra le tenebre, lasciar fare al caso nè far uso della prudenza, giovandoci della propria e della pratica altrui. Quando si opera coi nostri ferri, sopra le parti stesse che son sede del male per il quale è necessario l'operare, s'incontrano spesso ostacoli difficoltà e complicate, che ci costringono talvolta a variare in qualche modo l'atto operatorio, modificare i tempi diversi della operazione che si va facendo, condurci in una maniera affatto eccezionale, che è utile in quel caso particolare, ma non lo sarebbe in altri apparentemente simili. I modi diversi di condurre una operazione, sono, come disse argutamente il Malgaigne (*Leçons ec.*), servitori di second'ordine, subordinati ai bisogni del morbo e alle sue singolari ed insolite manifestazioni; ma, potendo giungere opportuni a servire, per ciò appunto è bene conoscerli e sapere di quali speciali compensi si può giovare la Chirurgia operatoria. Per le ernie strangolate poi, essendo tante le varietà patologiche quanti quasi sono i casi, chè due ernie di rado si assomigliano, chi non vede la necessità che il chirurgo sia esperto in tutte le particolari maniere della Eniotomia, ed abbia in mente tutto quanto a questa grave operazione si riferisce, come è in obbligo di conoscere tutto ciò che la patologia e l'anatomia patologica insegnarono intorno alle ernie sciolte e strangolate? Anzi mi giova qui su tale argomento riportare le parole stesse del Ranzi, della cui stima ed amicizia fui sempre lieto e che delle ernie dettò con tanto sapere, acume d'ingegno e severa critica. « Non solamente,

(1) Intorno alle ernie addominali, e più particolarmente di quelle strangolate. — *Gazzetta Medica Italiana. Toscana, Anno 1856.*

egli dice ⁽¹⁾, le ernie offrono un oggetto di studio così vasto da non potere la loro patologia e la loro terapeutica riposare sicure per li accennati punti in litigio (modi dello strangolamento) e per i problemi ch'esse offrono non ancora soluti, ma ancora per le varietà che s'incontrano nelle medesime; per le loro disposizioni anatomiche non consuete; per le varie e molteplici alterazioni patologiche, tanto dei visceri quanto degli individui; per la irregolarità dei sintomi; per gli andamenti che deviano dalle norme ordinarie, e che tanto inceppano la diagnosi e l'azione del chirurgo. Anzi sono queste le principali cagioni che mandano la pratica delle ernie avvolta in molte incertezze; e dico la pratica, anzichè le dottrine, perchè io stimo che queste non vacillino tanto quanto a prima giunta si potrebbe credere, stando alla enumerazione che prima facemmo di alcune delle più cospicue discussioni che corrono ora intorno alle ernie ».

Ed essendo dunque pur troppo vero, che accingendoci noi ad operare un'ernia strangolata, non possiamo antecedentemente sapere per positivi segni, nè ove sia lo strangolamento, nè quali abbia modalità, e se ciò che può rendere difficile l'atto operatorio sia per incontrarsi, o ricercando il sacco e incidendolo, o sbrigliando, o riponendo i visceri nell'addome, per questo bisogna che il chirurgo si apparecchi a questa operazione tranquillamente e quasi far dovesse una preparazione anatomica, non mai con animo concitato, facendo colle sue mani e coi suoi ferri, movimenti bruschi, irregolari, poco ordinati, precipitati, tremolanti, sia per soverchia confidenza ed audacia, sia per inopportuna meticolosità. Talvolta un'ernia strangolata, che, a prima giunta, essendo recente, poco voluminosa, in condizioni propizie, parrebbe dovesse essere operata prontamente, impegna invece l'operatore in ardue difficoltà: mentre un'altra giudicata difficile ad essere sbrigliata e riposta, vince la nostra previdenza, ci mostra il contrario, e quasi, oserei dire, ci svergogna. Solamente avendo molto operato e sbrigliate molte ernie strangolate, il chirurgo acquista quelle qualità artistiche che gli sono necessarie ed essenziali, e quella leggerezza e delicatezza del fare, per la quale han pregio i valenti oculisti ed operatori.

(1) Loc. cit. n. 48, pag. 406.

Parlandovi in clinica e in cattedra della Erniotomia, io vi dissi spesso volte, che la reputava operazione tale, da mettersi a confronto colla estrazione della cataratta od altra di simil genere delicatissima; ora non ho ragione di rifiutare siffatto paragone, il quale, a primo aspetto, parrebbe strano od esagerato. Solamente chi opera ne può dare il giudizio, valutarlo e confermarlo. In medicina operatoria ricordiamoci che il *cito* e l'*eleganter* di Celso, non comprendono il *tute*, ch'egli raccomanda, e che esser deve lo scopo di chi opera, com'è l'ardente desiderio di chi soffre, ancorchè questi, per dar sosta ai suoi spasimi, che si faccia presto si raccomandandi. Io intendo che si possa far presto e bene una operazione che si compie su tessuti sani quale un'amputazione o disarticolazione di membra, onde scindere ciò che è guasto e malato; ma non intendo, che un chirurgo si debba proporre di far presto, quando opera sulle stesse parti ammalate, e quando, appunto col far presto, potrebbe offendere organi ch'esser debbono scrupolosamente rispettati. In tante ernie strangolate, che nel corso di molti anni operai a Pisa ed a Firenze, non ebbi mai il dolore ed il rimorso di aver ferito l'intestino per precipitazione ch'io ponessi nell'atto operatorio. E se in questa operazione mi guadagnai l'addebito di esser lento, di questo proprio me ne tengo e me ne glorio. Vidi pur troppo altri far presto l'Erniotomia, e vidi ciò, che non avrei voluto veder mai, cioè, in un sol colpo di coltello, squarciar sacco ed intestino largamente. L'arte allora è in diritto di rampognare, e l'operatore non ha scampo. La prontezza del fare può in questo caso, non solo addurre complicatezze così gravi, che il riparo sia tardo e quasi miracoloso il provvedere, ma può ancora compromettere in brev'ora la vita dell'operato. D'avanzo l'Erniotomia è per se stessa una delle più gravi e difficili operazioni della chirurgia per non doverla compromettere *col voler far presto*. Nè il far presto può essere ispirato da un lodevole sentimento di pietà per chi soffre sotto il ferro chirurgico, giacchè l'Erniotomia tolto il taglio della pelle che è sempre doloroso, non è poi come già dissi, grandemente angosciata e straziante. Chi si propone di usare la maggiore sollecitudine, è solo per essere glorificato, portato a cielo, segnato a dito qual progressista, rimpetto a quelli che son lenti, poichè il caso addimanda questa stessa lentezza. Qui

calza opportuno il comune proverbio che *chi va piano va sano*. Se le mie parole potranno aver mai alcun valore, ed esser seme che frutti altrui utile ammaestramento, prego li operatori tutti, e prego voi, egregi giovani, ai quali sarà presto aperto il campo dell'operare, a far voto di pazienza nel compiere la Erniotomia, la quale sarà sempre fatta presto quando sarà fatta bene, senza lasciare nell'operatore un rimorso.

LEZIONE DIECISETTESIMA

Complicanze della Erniotomia. Emorragia: compensi consigliati per rimediarvi. Puntura e ferita dell' intestino: provvedimenti da prendersi per ripararvi. Enterorafia.

Signori,

La Erniotomia, essendo, come vi ho già abbastanza dimostrato trattando di essa, operazione difficile, delicata e tale da doversi compiere fra organi importanti, che debbono essere sbrigliati sì dallo strangolamento che soffrono, ma nel tempo stesso rispettati e garantiti da qualunque siasi offesa, può sovente presentare delle *complicanze* più o meno gravi, delle quali il Chirurgo dev' essere esperto conoscitore, ed alle quali egli è in obbligo di provvedere con artifizi operatori speciali e diversi, secondo la loro qualità e natura.

Di queste complicanze in generale che, in uno o in altro modo, incagliano il regolare procedimento dell' atto operatorio, alcune si possono mettere in colpa al chirurgo per errore ch'egli abbia commesso (accidenti non necessari); altre, e sono per numero le maggiori, dipendono da particolari stati morbosi dei visceri strangolati.

Può addebitarsi al chirurgo la *ferita* fortuita e non necessaria di qualche vaso sanguigno notevole arterioso o venoso, che, seguendo esso il suo corso normale, non avrebbe dovuto esser tocco dal ferro, e per la quale ne può seguire emorragia grave, minacciosa e letale, la quale, per la sede e la profondità

del vaso stesso, si fa con maggiore agevolezza nel gran sacco del peritoneo piuttostochè mostrarsi a un tratto dalle parti divise. E può parimente addebitarsi al chirurgo *la puntura e la estesa ferita dell' intestino* non richiesta dallo stato dell' ernia; la quale ferita suole per disgrazia succedere, o nel primo taglio quando l' operatore temerariamente si propone di entrare a colpo nel sacco, o nell' aprire il sacco, o pigliando l' intestino per il sacco stesso, o usando poca cautela nel garantir quello nell' atto dello sbrigliare.

Per lo stato morbosso dell' ernia strangolata possono essere complicate necessarie e non fortuite, *tutte le possibili alterazioni dell' omento che non permettono la sua reintroduzione nel ventre, le adesioni, le briglie, il restringimento intestinale, la ulcerazione perforante e la cancrena dell'intestino medesimo.*

Ora è mio debito, trattando un po' distesamente di questi accidenti e di queste complicate, indicarvi via via tutti quei compensi, che, per porvi riparo, l' arte chirurgica consiglia, insegna e raccomanda.

L' emorragia, considerata quale complicate grave della Erniotomia, non è quella che tien dietro per necessità alla esterna incisione, prodotta dal taglio dei piccoli vasi sanguigni, ed i quali premendo, torcendo o legando, facilmente si frena, nè, operando, dà alcun pensiero. L' emorragia, che complica veramente l'atto operatorio, grandemente lo turba e all' infermo lo rende pericoloso, è quella che nasce dalla ferita di qualche arteria o vena per calibro importante (vasi epigastrici, otturatori, spermatici ec.), serpeggianti intorno al collo del sacco erniario, e che il chirurgo, o per errore, o per necessità incide più o meno largamente col suo coltello. E dico per *errore*, quando i vasi stessi seguono il loro corso normale, ed egli va quasi a cercarli per reciderli senza assoluto bisogno di farlo; o per *necessità*, allorchè deviano essi per anomalia dalla loro direzione consueta, ignota a chi opera, e pigliando con l' ernia relazioni insolite e tali, che la incisione loro diventa un fatto quasi necessario ed inevitabile dell'atto operatorio. È nello sbrigliare l' ernia dal cingolo strozzante che la preme, che in generale avviene la ferita di un vaso importante e quindi la emorragia. Uno sprazzo violento di sangue che venga fuori ritirando lo sbrigliatore; un getto di liquido caldo che il dito senta,

esplorando, entrare con forza nel ventre, sono i segni che ci annunziano questo tristo caso. Talvolta, sezionando erniosi periti dopo l'Erniotomia, è stato trovato il ventre pieno di sangue sciolto e grumoso per ferita di arteria, senza chè il chirurgo ne avesse avuto, operando, sentore alcuno, tanto il sangue stesso, per la direzione e profondità del vaso offeso, ha, come ho detto tendenza a spandersi nella cavità peritoneale.

Quando l'operatore ha cagionato quella emorragia, che avrebbe potuto evitare, ciò deriva; o dall'aver egli sbrigliato l'ernia in direzione non conveniente (per esempio sbrigliato in dentro un'ernia inguinale esterna); oppure, dall'aver, anche senza che il bisogno lo avesse reclamato, fatto nello sbrigliare un taglio esteso troppo e periglioso. Dato che l'anello, che stringe e serra il viscere strangolato, dovesse per necessità essere largamente aperto, meglio giovane e meglio garantiscono dalla emorragia le incisioni multiple che una sola ampia e prolungata.

Le anomalie di quei vasi sanguigni che serpeggiano intorno al colletto del sacco erniario per luoghi insoliti, o che quasi lo avvolgono o lo chiudono in un anello, possono per necessità, sbrigliando, esser causa della ferita di alcuno di essi vasi, e quindi la emorragia prodursi senza colpa di chi opera, quando specialmente l'operatore abbia esplorato in precedenza col dito, che guida il coltello sbrigliatore, il luogo dello sbrigliamento.

Le anomalie dell'arteria epigastrica quando essa nasce dalla femorale comune, o dalla superficiale o dalla profonda (Monro, Meckel), rimontando nel ventre con relazioni non consuete; il sorgere della otturatrice dall'epigastrica o dalla iliaca esterna, o dalle femorali; il rimaner pervia interamente o per alcun tratto l'arteria ombellicale; il distaccarsi dalla epigastrica o dalla otturatrice dei rami di un qualche calibro diretti verso il pube e costeggianti l'anello erniario e specialmente il crurale; e poi tutte le anomalie delle vene notevoli per volume e singolari per la direzione che pigliano (Manec, Mainière), possono dar luogo disgraziatamente all'emorragia nell'atto dello sbrigliamento. Fra tutti i fatti anatomici relativi alle anomalie delle arterie rimpetto alla pratica della Erniotomia, quello che ha principalmente richiamato la mia attenzione, è il fatto narrato

ed illustrato dal Dott. Sarti-Pistocchi ⁽¹⁾, e del quale credo utile darvi un piccol cenno.

Un uomo con ernia scrotale sinistra, diretta, strangolata da più giorni, fu trasportato nella sala dello spedale provinciale di Bologna sotto la cura dell' illustre e valentissimo Prof. Rizzoli. Il tempo lungo dello strangolamento e i segni gravissimi del male facevano temere di cancrena. L'Erniotomia parve l'estremo mezzo per tentar di salvare quella vita, e il chiaris. Professore vi si accinse; scoperto che ebbe le intestina, quando fu per sbrigliare, sentì col polpastrello del dito, che tutto intorno all' anello battevano arterie da ammonirlo a non seguire l'ordinario metodo e fu savio accorgimento. Preferì le superficiali scarificazioni dell' anello in alto, e ajutò col dito dilatando la loro efficacia: l'ernia fu ritrodotta. Però le condizioni dell'infermo si erano a tale condotte, che il giorno appresso morì. La sezione del cadavere fu eseguita dal dotto Prof. Calori e dimostrò;

1.^o Che l'arteria ombellicale era rimasta pervia fino ad un certo tratto sopra l'anello inguinale da cui l'ernia era passata, e non solo costeggiava essa a breve distanza l'anello stesso, ma in alto dava due rametti trascorrenti sul segmento superiore del medesimo anello;

2.^o Che l'arteria epigastrica, scorrente all'opposto lato dell'anello, forniva essa pure due rami che di sopra e di sotto lo abbracciavano, andando incontro ai due tronchetti della ombellicale. L'anello trovavasi dunque affatto circondato per ogni lato da vasi arteriosi, alcuno dei quali sarebbe stato inciso quando fosse stato fatto, in qual si fosse direzione, lo sbrigliamento. Il caso qui sopra ricordato è raro ed importante, non tanto per le disposizioni anatomiche dei vasi arteriosi, quanto per mostrare quanto sia utile servirsi del dito, e non dei conduttori metallici per fare lo sbrigliamento, sentendo il dito ove può battere un'arteria ed evitarla.

Le anomalie dell'arteria epigastrica quando essa nasce dalla femorale comune, o dalla superficiale o dalla profonda (Monro, Meckel), rimontando nel ventre con relazioni non consuete; il sorgere della otturatrice dall'arteria epigastrica o dalla iliaca

(1) Bull. delle Scienze Mediche. Serie terza, Volume IX, pag. 445, Bologna 1851.

esterna, o dalla femorale; il rimanere pervia al sangue interamente o per alcun tratto dalla sua origine l'arteria ombelicale; il distaccarsi, o dall'epigastrica o dalla otturatrice dei rami di non piccol calibro diretti verso il pube e costeggianti l'anello erniario; e poi tutte le anomalie delle vene notevoli per calibro e insolite per le direzioni che pigliano (Manec, Mainière), possono dunque esser cagione di emorragia durante lo sbrigliamento. La quale emorragia, quando per disgrazia succeda, suole talvolta essere affatto interna, senza aver dato indizio all'operatore di aver ferito un'arteria o una grossa vena, e solo, morto l'ernioso, se ne trovano le conseguenze nella cavità peritoneale per l'abbondante raccolta di sangue sciolto e grumoso.

Però, quando il sangue spiccia fuori versandosi pur dentro nel ventre, ed il chirurgo ha la certezza di aver ferito, sbrigliando, un notevole vaso sanguigno, ed al malato sovrasta grave, imminente, pericolo, cosa deve egli fare, se specialmente l'emorragia, e per la qualità del sangue e per l'impeto con cui si produce, fosse palesemente arteriosa?

Taluni, che son pronti a consigliare ardimento senza poi averlo e mostrarlo con venire all'atto in circostanze nelle quali dovrebbe spiccare tutta la potenza dell'arte, vorrebbero che, dilatata subito la ferita verso il punto del taglio del vaso, si andasse sollecitamente in traccia di esso, e se ne facesse la legatura. E veramente, trattandosi di ferita arteriosa, sarebbe questo il partito più consentaneo ai precetti della chirurgia. Questo vorrebbero fosse fatto il Lawrance, il Sédillot, il Vidal, il Ross ed altri, e questo fece Mackay citato da A. Cooper ⁽¹⁾. Però lo stesso Sédillot che la consiglia, la dichiara, sia pur possibile, difficilissima e pericolosa. Vidal il quale non pare la facesse mai, dice « bisogna mettere le parti in stato di rilasciamento, divaricare li orli della ferita, e allora si potrà *qualche volta* scorgere l'arteria e legarne i due capi ». Ross è più esplicito « quando si avesse la sventura, egli dice, di ferire l'arteria epigastrica, si dilati il taglio già fatto e si allacci l'estremità (centrale) del vaso diviso. Questa operazione è eseguibile ed è stata eseguita con frutto » ⁽²⁾. Ma considerando la profondità

⁽¹⁾ Oper. cit. Observ. 213.

⁽²⁾ *Handbuch der Chirurgischen Anatomie*, pag. 172.

dalla quale il sangue vien fuori; la facilità ch'esso ha a versarsi nel ventre; la ristrettezza delle parti fra le quali il chirurgo dovrebbe condursi per operare; il non sapere quale positivamente possa essere il vaso ferito, ed il pericolo asserto di questa seconda operazione, chi potrebbe mai consigliarla, se non nel caso fortunato in cui, tirando con forza l'anello fuori ed ajutandosi con qualche sbrigliamento, fosse possibile con l'occhio vedere proprio il vaso che dà sangue e legarlo?

Per rimediare a questo grave accidente dell'Erniotomia, la emorragia, vari furono e sono i compensi consigliati dai pratici e ch'io qui novero. Arnaud usava degli aghi curvi di sua invenzione, crunati in cima, curvi, robusti e terminati in un padiglioncino a modo dei cateteri vessicali; però, posti alla prova per far con essi la legatura in massa, non se ne lodò (1). Platner consigliò di comprimere per alcune ore l'arteria colle dita (2). Sabatier vorrebbe, che, ridotta l'ernia, si portasse sul vaso un globo di fila imbevute in un liquido stitico, che questo globo si cambiasse, e che fosse mantenuto fermo per qualche tempo col dito, con una sonda o con altro apparecchio che aiutasse la compressione (3). Chopart in questo caso propone le pinzette da medicatura, delle quali una branca, munita di spugna, dovrebbe essere introdotta nella ferita fino all'anello e comprimere l'arteria, e l'altra dovrebbe premere di fuori sulla pelle e in guisa che il sangue cessasse: gli anelli della stessa pinzetta dovrebbero essere insieme legati e stretti (4). Schindler, testimone della morte di una donna, alla quale, operando un'ernia crurale, era stata ferita l'arteria epigastrica, immaginò e fece eseguire uno strumento compressore adatto al bisogno. È una specie di compasso le di cui branche si aprono e si serrano mercè di una vite. L'estremità delle branche sono munite di un cuscinetto di cuojo lungo un pollice e largo mezzo. Una di dette branche è fissa e l'altra mobile: per applicar l'istrumento, si slontana

(1) *Mémoires de Chirurgie*. Partie 2, Londra 1768. Planche XXII, pag. 786.

(2) *Oper. cit.* §. 847.

(3) *Médecine Opératoire*. T. I, pag. 92.

(4) RICHTER. *Traité des hernies*, già citato, T. I, pag. 284.

la mobile, e s'introduce la fissa nella ferita, una di esse resta interna, ed una esterna che deve premere sulla pelle. Per mezzo della vite le due branche si stringono e l'arteria può rimaner compressa ⁽¹⁾. Boyer raccomandò il tamponamento del sacco fino all'anello, e in due casi nei quali lo provò, fu fortunato. È stata pur tentata la compressione con spugna, stuelli e fila chiuse in sacchetto, facendola presso a poco in quel modo stesso che si farebbe, zaffando per frenare l'epistassi, o per arrestar l'emorragia dell'arteria intercostale ferita, che vuol dire premendo l'anello e l'arteria di dentro in fuori e in pari tempo di fuori in dentro.

Potrebbe pure in questi casi trovare la sua applicazione, l'ago-pessura, l'ago-filo-pessura, e principalmente dovrà essere acclamato dai pratici il nuovo mezzo strumentale emostatico proposto testè e raccomandato con frutto di guarigioni dall'illustre Prof. Tito Vanzetti di Padova e da esso denominato dell'*uncipressione* ⁽²⁾, perchè è messo in opera da uncini metallici, fissi su di un manico piatto, smussi o appuntati, con i quali le parti offese e sanguinanti possono tenersi compresse e spostate. Con questi uncini fatti scorrere sulli orli di una ferita angusta e profonda, stirandoli, si premono le parti da cui il sangue zampilla come si farebbe con la punta di un dito e meglio. Si mantengono in sito sempre tesi per 20, 30, 40 ore e più. Per certi feriti può bastare un solo uncino, per altri ne possono occorrere due e più, semplici ed anche doppi, ma sempre sottili onde la pressione sia lineare. Io avrei fiducia che questo metodo dell'uncipressione dovesse giungere opportuno per rimediare alla emorragia successiva allo sbrigliamento.

Fortunatamente la emorragia complicante l'atto della Erniotomia, che ha per fine di sciogliere l'ernia del suo laccio, è accidente molto raro, anzi rarissimo; sia perchè i vasi sanguigni in generale non si avvicinano tanto all'anello per il necessario taglio che deve compiersi; sia perchè ora sono meglio conosciute dai patologi le varietà delle ernie e le loro relazioni, da poter sapere in qual direzione, per l'esperienza già fatta, sia più sicuro e

⁽¹⁾ *Dissertatio de herniis observationes et meletemata quaedam.* Wittemberg, 1796.

⁽²⁾ *Dell'uncipressione.* Memoria letta all'Istituto Veneto ec. Venezia 1874.

più conveniente condurre il coltello per sbrigliare; e sia pure, perchè i buoni pratici mettono sempre grande attenzione in questo delicato tempo della Erniotomia. Io ebbi la fortuna, operando molte ernie addominali strangolate, di non imbattermi mai in questo pericoloso accidente.

Però, quando l'emorragia, non segua occulta ed inavvertita e che il malato per essa non si spenga esangue, o che non avvenga alcuni giorni dopo la fatta operazione (Home la vide sorgere al decimo giorno ⁽¹⁾), bisogna che il chirurgo provveda con tutti i mezzi emostatici che sono nelle sue mani. Può provvedere colla legatura del vaso aperto qualora la possa fare, col tamponamento, e colla doppia compressione di dentro e di fuori, con le pinzette compressive delle arterie, con le stesse pinzette entorotome, quali quella del Dupuytren, di Delpech, di Liotard, colle cannule con camicia ad ombrello, con i budelli di sottilissima membrana ec. E quando pure l'operatore possa esser certo, che l'arteria ferita sia stata veramente la epigastrica, chi gli potrà impedire di andare in traccia di essa col processo del Bogros e, trovatala, legarla? Quello che è certo questo è; che quando l'emorragia avvenga, e il chirurgo se ne accorga, e sia in special modo arteriosa, da vaso notevole ed abbondante ⁽²⁾, bisogna che il provvedimento sia *pronto ed efficace; periculum est in mora*. Si deve lasciare a chi opera la scelta del migliore fra i compensi consigliati, secondo la qualità dell'ernia, la sua sede, i mezzi che l'operatore può aver fra mano. Un savio chirurgo, apparecchiandosi alla Erniotomia, non deve dimenticare mai il pericolo della emorragia e provvedervi.

L'altro accidente, che, al pari dell'emorragia, può rendere molto complicata la operazione dello sbrigliamento per l'ernia strangolata, e del quale può chiamarsi in colpa l'operatore, è *la puntura e la ferita dell'intestino*.

Ciò avviene particolarmente nell'incidere il sacco per ernia asciutta o adesa, o quando si crede non averlo inciso, e, seguitando a tagliare, si cade nell'intestino, oppure nello sbrigliare, allorchè l'intestino non è ben difeso, e specialmente avviene a

⁽¹⁾ *Transactions of the Society*, Vol. VII, pag. 109.

⁽²⁾ DUNCAN narra di una considerevole e imponente emorragia avvenuta durante un'Erniotomia. *Commentaires*, Vol. I, pag. 413.

quelli operatori, che vogliono da maestri penetrare a colpo nel sacco, sperando potere esser salvi da ogni pericolo per il siero che in esso d'ordinario si raccoglie.

Di questa disgrazia dell'operare, i trattatisti vecchi e nuovi di chirurgia, e quelli che ci lasciarono o misero recentemente in luce opere speciali sulle ernie addominali, o non ne fanno affatto parola, o poco e quasi di volo vi si trattengono, persuasi forse che ne sia stato detto abbastanza nel ragionare che i patologi fanno, e nel dar essi precetti, intorno alle ferite delle intestina in generale e al modo più conveniente di curarle.

Eppure, dappoichè l'Erniotomia è sorta ed è regolata dai precetti dell'arte, chi sa quante mai volte questa sventura, che tale è, avvenne! quanti erniosi non ne soffersero! e quanto di questo errore non si giovarono li emuli, l'invidiosi e coloro, i quali, scorrendo e criticando, fanno tutto e sempre bene, per redarguire e toglier fama agli operatori, fossero stati e sieno pur valenti e di grido! Io posso assicurarvi, o signori, non esservi clinico esperto, nè esservi stato, che possa dirsi immune da questo peccato, quando abbia avuto l'opportunità di operare molte e molte ernie strangolate. Nelle cliniche di Pisa e di Firenze, ch'io tenni per molti anni, e ove sono assai frequenti i casi di ernie e di ernie strozzate, ed anche nella mia pratica privata, se non mi accadde di tagliare largamente l'intestino, perchè nel fare questa operazione usai sempre molta cautela, nè volli mai, col fare presto, avere il rimorso di aver fatto male, mi avvenne però talvolta di pungere questo viscere, ora a fior di membrana, ora entrando nella sua cavità, fosse per grande distensione che i gas avevano procacciata e per assottigliamento delli involucri erniari, fosse per adesione dell'ernia al sacco, o per non avervi trovato dentro goccia di siero.

Chi non fa, non falla; nè io presterò mai fede a chi si vanta di aver fatte molte Erniotomie senza essersi imbattuto in questo accidente della operazione; il quale, non tanto può addebitarsi a chi opera, quanto alle condizioni morbose e speciali dell'ernia che si opera.

Allorchè l'intestino rimane sfiorato dal ferro, ed è offesa la membrana sierosa od anche la muscolare, restando intatta la mucosa, l'operatore non deve darsi alcun pensiero di questa

sgraffiatura superficiale, e può francamente riporre il viscere senza alcuno speciale provvedimento, giacchè la natura da se stessa vi mette riparo col mezzo dei versamenti plastici, e la cicatrice si compie spontanea. Nè deve condursi in modo diverso nel caso che la puntura abbia attraversato l'intestino stesso o sia fatta scvr' esso una ferita delle sue pareti, la quale però non oltrepassi la estensione *di una linea e mezzo*. E questa pratica si può seguire, non perchè da una puntura esigua e da una così piccola ferita, specialmente se l'intestino è disteso da gas o da materie liquide, non possa prodursi versamento immediato, che può realmente avvenire, come dimostrarono con esperimenti sugli animali Jobert ⁽¹⁾, ed Amabile e Vernicchi ⁽²⁾; ma perchè la puntura e la ferita si stringono, tanto per la contrazione intestinale prontissima e per la uscita che fa la membrana muccosa, quanto ancora perchè, ridotto l'intestino punto o ferito, esso si addossa alle vicine parti che gli prestan parete, e a queste attaccandosi col mezzo dei versamenti, è impedito che le materie intestinali si spandano consecutivamente nel ventre, cagionando peritonitide pericolosa e letale. La natura più che l'arte può provvedere al bisogno. Jobert vorrebbe ⁽³⁾, che le ferite dell'intestino che avessero l'estensione di tre linee potessero permettere che l'intestino stesso fosse liberamente ridotto senza sutura e senza danno dell'infermo. Altri patologi francesi (Labric, Levrat ec.), di fresco venuti all'esercizio dell'arte, sforzandosi di dar valore alla pratica colla loro povera autorità, e combattendo audacemente le vecchie dottrine, vorrebbero, forti del giudizio del Velpeau, che anche le ferite e le ulcerazioni intestinali di maggiore estensione delle tre linee, lasciate libere a loro stesse, non ponessero ostacolo alla riposizione del viscere, quasi avvenute non fossero ⁽⁴⁾. E

⁽¹⁾ *Traité des maladies chirurgicales du canal intestinal*. Paris 1829, pag. 53 e 59.

⁽²⁾ AMABILE e VERNICCHI, sulle soluzioni di continuo dell'intestino e del loro governo. Napoli 1859. pag. 36.

Questa commendevolissima opera dei Chirurghi napoletani, operosi e solerti sempre, potrà esser consultata con frutto in tutti li argomenti di pratica relativi alle lesioni dell'intestino.

⁽³⁾ Oper. cit, pag. 72.

⁽⁴⁾ AUTUN. Tesi cit. 1871.

che dirò del consiglio dato da Ulmer ⁽¹⁾, agli operatori, che cioè, quando l'intestino strangolato sia disteso da materie fecali e da gas al punto da non potere, per il volume soverchio, essere rintrodotto, si può e si deve incidere nella direzione delle sue fibre trasverse, *vuotarlo*, e riporlo nel ventre, senza altra precauzione, tolto quella di accomodare l'ansa incisa in vicinanza dell'anello? E pensare che questi insegnamenti venivano pure dal Dott. Seeger colla sua dissertazione sull'Erniotomia! Guai se le dottrine che si esportano ora dalla Germania, e colle quali si pretende dar nuovo vigore alla italiana sapienza, restituendo ora quello che altra volta la Germania attinse dall'Italia, fossero tutte di questo conio.

Io, rifiutando questi precetti che mi impaurano, parteggio di buon grado per la opinione autorevole di Amabile e Vernicchi, che le sole ferite che abbiano una lunghezza di una linea e mezzo e non più, possano meritare di esser lasciate libere senza sutura e tali riposte nel ventre; qualora non piaccia di stringerle in un'ansa morta di lino o di seta tagliata al nodo, imitando in questo A. Cooper, ed operando in quel medesimo modo che si farebbe legando un'arteria recisa; oppure, e sarebbe meglio, non si creda provvedere passando un'ansa e stringendo con essa la piccola ferita.

Le altre ferite dell'intestino che sorpassano la sopra indicata misura, longitudinali, trasverse od oblique ed angolari che sieno, non impongono di astenersi dalla riduzione del viscere leso, purchè sia fatta prima la sutura di esse (entorografia), e purchè nell'uno e nell'altro caso, cioè di ferita esigua o maggiore, questa riduzione sia fatta in guisa, che l'intestino ferito sia mantenuto non in faccia, ma quanto è possibile vicino all'anello sbrigliato, e la esterna incisione sia chiusa in maniera da lasciare un'uscita alle materie intestinali quando queste sgrondino, ad onta dei mezzi adoperati per impedirlo. Tutti i patologi si accordano nell'ammettere il fatto, e l'anatomia morbosa lo conferma, che i visceri rintrodotto dopo lo sbrigliamento, non sogliono discostarsi in generale dall'anello per il quale passarono per venir fuori a far ernia, specialmente se

(1) *Medezinisches Correspondenz-Blatt des Wurtembergischen Aerztlichen vereins* 1854 — *Gazette Méd. de Paris* 1855, n. 44, pag. 602.

per l'atto dello strangolamento alquanto durato, le sierose a contatto s'infiamarono ed ebbe principio la secrezione dei versamenti plastici.

Ora, se l'operatore, aprendo il sacco o sbrigliando, ebbe la sventura di ferir l'intestino, e ferirlo per l'estensione maggiore di quella che ne permette la sua libera reintroduzione senza temerne danno, cosa deve egli fare? come deve condursi onde porre riparo a questo gravissimo accidente? La condotta è semplice e dettata dai più savi precetti dell'arte. O deve mantener fuori l'intestino ferito, passando un filo quando possa, nel mesenterio e formare un ano-artificiale; o deve riunir la ferita con una delle suture enterorafiche che meglio lo assicurano e lo garantisca, e quindi riporre il viscere ricucito nel ventre facendolo ripassare per l'anello erniario. Qualora l'intestino non abbia subito delle alterazioni tali, per ingorgo per flogosi, e molto meno non mostri quei caratteri che fanno sospettare una incipiente mortificazione, ma è invece teso, resistente e poco mutato nelle sue apparenze, io, invece di ritenerlo nel sacco, consiglierei l'enterorafia e dopo di essa la reintroduzione.

L'enterorafia, operazione proposta e difesa dai nostri antichi chirurghi specialmente italiani (i quattro Maestri), poi combattuta ed anche rifiutata lasciando alla natura il vanto del guarire (Scarpa), è ora di nuovo dopo Verduc, Gely, Jobert, Palasciano, Amabile, Vernicchi ec. ec., raccomandata ai savi pratici. Essa ha per scopo, non solo di cucir l'intestino, com'indica il suo nome, affinchè esso si saldi immediatamente e colla sua cicatrice impedisca lo stravasamento e mantenga l'uso dell'organo, ma di riporlo in modo nell'addome, che le parti vicine vi si addossino, e col versare che fanno materiali plastici, lo avvolgano e lo chiudano, serbando ad esso col suo lume quasi normale, la facoltà di contrarsi, e dare il passo alle materie intestinali.

Dire poi qui quali e quanti siano stati mai e siano i metodi ed i processi, immaginati e messi alla prova dagli operatori per compiere quest'atto sintetico di riparazione, sarebbe opera lunga, paziente, fastidiosa, nè grandemente utile in questo speciale discorso. Ricercate tutto quello che su tale importante argomento dell'enterorafia può interessarvi nell'opera che ho citata e raccomandata alla vostra attenzione di Amabile e Ver-

nicchi, ove troverete lunga serie di esperimenti, acuta critica, erudizione, ed osservazioni e conclusioni pratiche di molto valore per l' arte.

Ammessa la convenienza e la necessità urgente della sutura quando l' intestino rimane ferito per una certa estensione nel fare la Erniotomia, giacchè non si potrebbe consigliare di lasciarlo tale quale è ferito nel sacco, qual metodo o qual processo si deve adottare con speranza maggiore di guarigione per il povero infermo, vittima dell' ernia strangolata e della ferita intestinale ?

Il metodo migliore sarà quello di cucirlo cogli aghi semplici e coi fili, e cucito che sia, riporlo nel ventre, affidando il resto ai benefici effetti della natura. Eccovi un caso che vi mostrerà quanto questa pratica possa riuscire eccellente. Lo tolgo dall' opera del Jobert qui registrata (pag. 80). Cloquet a Parigi nel 1826 operava per ernia inguinale congenita e strangolata un uomo di 41 anno, piuttosto gracile di costituzione, accolto nello spedale di S. Luigi. Arrivato che fu egli nel sacco erniario, trovò l' intestino infiammato ed *enormemente* disteso, quantunque l' ernia fosse strozzata da poco tempo. Lo strangolamento era fatto dal colletto del sacco, ed ei lo tolse sbrigliando due volte. Mentre, fatto il secondo taglio, ritirava il coltello sbrigliatore, ebbe la disgrazia di ferire *un' ansa d' intestino*, sfuggita di fra le mani dell' ajuto che la conteneva, e ferirla per la non piccola estensione di *un pollice e mezzo*. Fatto certo di questo accidente per la uscita di gas e di materie liquide, pensò subito al riparo, e volle far la sutura col metodo del Jobert, avvicinando e stringendo le lamine sierose delli orli della ferita. Prese un' ago ordinario, lo infisse da prima in uno dei labbri della ferita a cinque linee distante dall' orlo e lo fece uscire a una linea prima di giungere ad esso: poi fatto il medesimo sull' orlo opposto ed in modo inverso, cioè pungendo a una linea dall' orlo stesso e ripungendo a cinque, pose un' ansa che lasciava per una linea liberi i labbri della ferita, e in modo da poterli rovesciare in dentro, e, stringendo, addoppiarli con le loro superfici sierose. Egli pose due anse o due punti avvalorati da un doppio nodo. Assicuratosi che la ferita era chiusa, tagliò i fili a pari dell' intestino ch' egli, cucito che l' ebbe, ripose nella cavità addominale. La ferita esterna fu leggermente riunita e

coperta d'una pezzetta finestrata ed unguentata, poi di molli fila e l'apparecchio mantenuto con una fascia a T. Fu raccomandata col riposo la dieta assoluta, e a tempo a tempo piccoli clisteri. Nulla attraversò poi la cura consecutiva fatta con sottrazioni sanguigne, purganti blandi ec., e l'operato dopo un mese ebbe la ventura di uscir guarito dallo spedale. Chi in questo fatto ed in altri molti a questo simiglianti che si potrebbero ricordare, chi non vede il grande beneficio della sutura dell'intestino rimpetto alla pratica, pur consigliata da valenti chirurghi e patalogi, di lasciarlo ferito nel sacco, procacciando un ano-artificiale, schifosissimo male, difficile molto ad esser curato e guarito, quando pur vi si giunga? Chi non vede che in questo modo od in altra guisa operando, si può coll'ajuto che l'arte porge e col mezzo della sutura diretta sull'intestino, portar rimedio alle ferite di questo viscere siano esse longitudinali, trasverse, oblique od angolose?

Ma, affinchè questa riunione si faccia con maggiore probabilità di successo ed il ferito possa correre i minori pericoli, quali debbono essere le parti della ferita dell'intestino che debbono venire a mutuo contatto fra loro? Debbono essere queste le sierose, rimboccando in dentro i labbri della stessa ferita, come fece Cloquet e consigliò il Jobert colla sua dottrina e con i suoi esperimenti? o invece si debbono mettere a contatto le mucose fra loro, ravvicinandole e stringendole col mezzo di una sutura a filzetta? o seguire un metodo misto, e fra i tanti processi quello di Apolito o del Bertrandi, raccomandati da Amabile e Vernicchi? Rifiutare assolutamente il metodo proclamato dal Jobert, di mettere colla sutura le superfici sierose a contatto, sarebbe un opporsi sistematicamente alle prove degli esperimenti ed a quelle più concludenti dei fatti clinici che lo sostengono e lo difendono. Ma, siccome dagli stessi esperimenti e dai fatti clinici risulta evidentemente, che anche le mucose messe a contatto possono, per li essudati che avvengono prestarsi alla cicatrice, allorchè la qualità della sutura fatta ad arte mette l'intestiuo nelle migliori condizioni perchè questa si faccia, così il processo di Apolito napoletano ⁽¹⁾, provato da

(1) Osservatore Medico di Napoli, 1.º Luglio 1841, n. XIII.

Gianflone sull'uomo ⁽¹⁾, poco conosciuto dagl' Italiani, lodato da Jobert ⁽²⁾, e da alcuni Francesi chiamato *d' Ippolito*, può essere in questi casi di ferita intestinale francamente raccomandato per la sua utilità (sutura a filzetta con introflessione delli orli e addossamento delle sierose), constatata dal Mosca ⁽³⁾, da Palasciano ⁽⁴⁾, da Ippolito Nunziante e dai Chirurghi dello Spedale napoletano degl' Incurabili ⁽⁵⁾.

Apolito prescrisse ⁽⁶⁾; che l' ago col filo si facesse penetrare dall' esterno all' interno una linea al disotto dell' orlo, e si facesse uscire pel medesimo lembo dall' interno all' esterno alla distanza di tre linee: ripetendo alternativamente la stessa manovra sull' uno e sull' altro lembo, e finalmente, tirando i due estremi del filo, i lembi si trovano ripiegati in dentro ed a contatto: voleva poi che un capo si tagliasse a tre linee di distanza dall' ultimo punto, l' altro si lasciasse nella ferita esterna per ritirarlo più tardi ».

Oltre il processo di Apolito, viene pure dagli autori del Commentario delle soluzioni di continuo dell' intestino, raccomandato, come detto, ho il processo del Bertrandi, potendo con esso provvedere egualmente ai reali bisogni dell' infermo ed obbedire ai precetti dell' arte, quali sono richiesti dalle più confermate dottrine. Ed io, senza ulteriormente avanzarmi nel complicato e difficile argomento della Enterorafia, sul quale mi converrà pur ritornare scorrendovi dell' ernia cancrenata, e senza ingolfarmi a tenervi proposito dei tanti e poi tanti metodi e processi che ad essa si riferiscono, ricordo ora alla vostra attenzione il processo del Bertrandi, del quale potreste giovarvi con frutto per riuire l' intestino, quando vi colga la disgrazia di averlo ferito, e quando la ferita non sia così esigua da poterla senza pericolo trascurare. « Quando l' intestino fosse ferito, scrive Bertrandi ⁽⁷⁾, senza perdita di sostanza, bisogna cucirlo; alcuni, hanno consigliato di fargli con un ago

(1) Idem, 1.º Settembre 1841.

(2) *Mémoires de l'Acad. de Méd.* T. GII, 1846.

(3) FILIALTRE SEBEZIO 1843.

(4) Memorie ed osservazioni di Chirurgia pratica. 1858.

(5) Annali clinici, 1841, pag. 367.

(6) AMABILE E VERNICCHI, Oper. cit. pag. 219.

(7) Trattato delle Operazioni di Chirurgia, Nizza 1763, T. I, pag. 15.

retto e sottile un maggiore o minor numero di punti secondo la lunghezza della ferita alla distanza di tre o quattro dita l'uno dall'altro, e trapassando trasversalmente ambedue le labbra dell'intestino, si voltano poi i fili ad un lato, e attortigliansi leggermente insieme; questi punti si debbono anco dare alla distanza di una linea e mezza o due linee dai margini della ferita (Ledran). Altri consigliano la cucitura volgarmente detta del pellicciaio, facendo alcuni punti obliquamente allungati ed a sopra-mano; i due estremi dei fili che sopravanzano alle due estremità, si stendono sopra l'addomine, per ritenere con essi l'intestino quanto più si può prossimo alla ferita esterna, che ne combaci esattamente il fondo: ma, siccome l'intestino non si riunisce se non ad alcune delle parti vicine, crederei che questa riunione più facilmente accadrebbe, se la cucitura si facesse nel seguente modo; Un assistente terrà con due dita l'intestino ad uno degli angoli della ferita, il cerusico dall'altro, sicchè l'intestino sia trasversalmente disteso tra le due mani; con un ago, quale abbiamo accennato qui sopra, munito di un refe semplice incerato, si trafora a qualche distanza dalla ferita ambedue le labbra dello intestino, una linea e mezzo o due sotto il margine della ferita, a due o tre linee dal luogo ov'è uscito l'ago allo stesso lato, e sopra la stessa linea, si trafora nuovamente l'intestino passando all'altro lato, sicchè i punti, quanti se ne siano dati, si trovino tutti sopra la stessa linea ed *a filza*, sicchè le labbra dell'intestino libere e sciolte non attraversate dalle file, nè conseguentemente rovesciate, si presentino vive e cruenti alle parti vicine, alle quali si possano più facilmente unire; amendue le fila degli estremi della ferita si distendono sopra le parti esterne, e vi si affidano, e, con una tal cucitura, il filo si può facilmente estrarre quando si creda l'intestino riunito, traendolo da uno degli estremi; imperciocchè non avendo angoli (nodi), nè rovesciamenti, non farà violenza sull'intestino, perchè una parte così mobile, agitata continuamente dal movimento peristaltico, il quale potè anco divenire antiperistaltico e convulsivo, non si potesse smuovere, e stasse perpetuamente e sicuramente applicata contro il peritoneo. Alcuni con aghi poco più forti e grossi, che si cambiano al filo, togliendo quel tenue (filo), con cui si è fatta la cucitura dell'intestino, trapassano di dentro in fuori, a qualche distanza

dal margine della ferita esterna, attraverso del peritoneo, dei muscoli e tegumenti, e quivi annodano le fila, applicando ben sotto disteso l'intestino. Se fosse uscito anco l'omento, e se ne avesse dovuto fare la legatura, questo si applicherà ad uno degli angoli e al più declive (della ferita intestinale), ma le fila dell'intestino e quelle dell'omento dovranno essere segnate, onde si possano distinguere pel colore, per la lunghezza, per la grossezza, o per qualche altro segno, come un pezzo di nastro o cuoio che lor si aggiunga ».

Bertrandi, con la sua sutura a filzetta, che poi ritirava e non abbandonava alla natura come ora si farebbe, fidava più nella riunione della ferita intestinale alle parti vicine, che nel beneficio della stessa sutura applicata sull'intestino. Certo è che la sutura intestinale, fatta con punti serrati e vicini (e chi teme la frequenza dei punti lasci dal far la sutura ⁽¹⁾), oltre ad impedire lo stravasamento immediato, favorisce la riunione della ferita intestinale, la quale è poi avvalorata e resa salda dalle adesioni che l'intestino leso piglia colle parti vicine quando queste ad esso si addossano, si stringono e spesso vi s'immedesimano.

Resulta dunque da ciò che io finora sono andato esponendo :

1.^o Che le punture e le esigue ferite dell'intestino fatte dal chirurgo durante la Erniotomia e non maggiori per estensione di una linea e mezzo, quando non si voglia seguire il consiglio di Amabile e Vernicchi di assicurarle con un punto o due di cucitura ⁽²⁾, possono essere trascurate, e dar luogo alla libera riposizione del viscere sbrigliato, nel ventre;

2.^o Che le ferite per lunghezza maggiori, longitudinali oblique o trasverse che siano, tanto del grosso, ma specialmente del tenue intestino, debbono essere assicurate colla sutura, scegliendo quella che nel caso possa reputarsi la più conveniente fra le tante che appartengono alla Enterorafia, consultando sempre le resultanze delli esperimenti e delle cliniche osservazioni, che hanno dato pratico valore piuttosto ad alcune (quelle di Bertrandi, di Jobert, di Gely, di Lambert, di Apolito ec.),

⁽¹⁾ AMABILE ec., op. cit. pag. 189.

⁽²⁾ Oper. cit. pag. 267.

che ad altre registrate nella lunghissima serie di queste intestinali cuciture ;

3.^o Che fatta la sutura col metodo e col processo reputato migliore, l'intestino deve esser riposto nel ventre, onde si accomodi a quei necessari contatti colle parti vicine, che sono efficacissimi mezzi di riparazione mediata, i quali garantiscono quanto è possibile dallo stravasamento e favoriscono la cicatrice ;

4.^o Che la esterna ferita deve essere riunita immediatamente e nel modo il più semplice, lasciando bensì uno spiraglio, il quale, in caso di bisogno, serva di via allo sgorgo delle materie intestinali, quando la sutura non impedisca la fistola stercoracea.

LEZIONE DICIOTTESIMA

Della pratica da consigliarsi, quando l'ernia è omentale o entero-omentale. Delle adesioni dei visceri col sacco o dei visceri fra loro. Indicazioni curative da seguirsi in simili casi.

Signori,

Nel fare la Erniotomia per semplice ernia omentale, o entero-omentale che è il caso più comune, l'operatore o può trovare l'omento in tali favorevoli condizioni d'integrità da poterlo riporre nel ventre senza danno o pericolo come farebbe dell'intestino, o invece talmente alterato e guasto da doverlo in qualche modo toglier di mezzo, affinchè colla sua presenza non ponga ostacolo alla salda cicatrice della ferita. E dico e consiglio, quando esso è sano o quasi sano, di riporlo nel ventre come si farebbe di altro viscere strangolato fatto che fosse lo sbrigliamento, quantunque vi siano chirurghi di gran nome, i quali si sono opposti risolutamente a questa reintroduzione, dichiarandola pericolosa a tal segno da risvegliare, fatta che fosse, la più violenta e irreparabile peritonitide, eccitata dalla cancrena dell'omento medesimo, *tocco a morte del contatto dell'aria*. Ecco su questo proposito quello che ne lasciò scritto il Malgaigne ⁽¹⁾. « Quando l'ernia contenga omento, non lo reintroducete *mai e poi mai* (au grand jamais): l'omento il più sano, *dacchè è stato colpito dall'aria*, corre gran rischio di cadere in cancrena. Se il malato resterà con un ernia epiploica, tanto meglio; ciò è preferibile a un viscere in via di cancrena ridotto nel ventre: l'epiploon, arrestato nel canale, potrà anche far da tappo e assicurare la radical guarigione dell'ernia. Qualche volta si riesce a bene,

⁽¹⁾ *Moniteur des Hôpitaux — Leçons sur les Hernies — Leçon 26.^{me} pag. 107. Année 1855.*

rintroducendo anche l'omento, ed io pure l'ho fatto, ma ho pure avuto a deplorare dei morti, quindi mi son deciso a non riporlo più, non essendovi alcun pericolo a lasciare una porzione di esso nel sacco, a lasciare un ernia epiploica, la quale può contrarre delle aderenze e garantire il malato dalla continuazione del male ».

A questo *veto* solenne ed assoluto del Malgaigne, che si oppone e proibisce colla sua autorità, e *au grand' jamais*, una pratica secolare e continuata da quasi tutti li operatori, di reintrodurne cioè nel ventre l'omento quasi sano quando fu strangolato e sbrigliato, non prestarono obbedienza tutti i chirurghi, ed il maestro non trovò molti apostoli che divulgassero la sua dottrina. Egli, se ha ragione quando dice, che lasciando una falda omentale nel canale erniario, si può procacciare la radical guarigione dell'ernia e questo io feci talvolta con frutto; ha poi torto quando dichiara e sostiene, che il contatto della pura aria atmosferica opera sull'omento stesso, (non sulle intestina che debbono essere riposte) in guisa da eccitare sovr' esso il processo canceroso, quasi l'aria che noi respiriamo e che è grande elemento di vita, diventasse sull'omento medesimo un' agente distruttivo capace d'imputridirlo in un batter d'occhio, a somiglianza dell'anguicrinita testa della Gorgone Medusa, che aveva facoltà d'impietrire tutti quelli che la guardavano, e colla quale Perseo fece diventar di sasso quell'orribile mostro che doveva divorare Andromeda. Io già da assai tempo ho mostrato la falsità di questa dottrina ⁽¹⁾, la innocuità della pura aria atmosferica che viene a contatto e libera scorre sui nostri tessuti, e parmi inutile tornar su di queste nenie che, o servono a pretesto quando i malati rovinano, o bastano a mantenere nella mente dei pratici delle teorie superstiziose e bugiarde. D'altronde Malgaigne non assevera avere egli stesso rintrodotte l'ernie omentali senza danno? E se ebbe parecchi morti dopo aver ricacciato nel ventre l'omento, si deve concludere che le morti avvennero per la reintroduzione dell'omento tocco dall'aria ancor quando fu trovato nel cadavere cancrenato? Li effetti dello strangolamento erniario e della Erniotomia sono complessi, nè si può all'omento reintrodotta attribuire il maggiore dei danni, quando migliaia e migliaia di ernie

(1) *Della influenza dell'aria atmosferica nelle cavità chiuse.* Considerazioni di C. Burci. Annali Universali di Medicina. Milano, 1863.

omentali, furono pure rintrodotte compiutamente e felicemente. Dunque, quando l'omento è senza apparenti notevoli alterazioni e quasi sano, se ce ne vogliamo servire per fare un tappo organico onde l'ernia non si rinnovelli, lasciamolo pure nel canale erniario, e procacciamo colla riunione immediata che ivi si aderisca. Ma se si vuol dar per precetto di non reintrodurlo mai, perchè, se fu tocco dall'aria, deve cancrenarsi, io questo precetto non posso accoglierlo e trasmettervelo come regola necessaria di pratica. Quando sarà dimostrato, che l'omento apparentemente sano non deve esser respinto nel ventre, perchè respingendolo si cancrena, avendo risentito la influenza malefica dell'aria, allora sarò io il primo a difendere questo stesso precetto e dare ampia e pubblica ragione al Malgaigne ed ai suoi partigiani. Per ora vi raccomando seguire la lunga schiera di operatori, e cito fra li altri Velpeau ⁽¹⁾ e Jobert ⁽²⁾, i quali vogliono, che, quando l'omento abbia conservato le sue condizioni normali, *deve essere ridotto nell'addome al pari degli altri visceri riducibili.*

Certamente se chi opera potesse supporre che l'epiplon, facile ad infiammarsi in forma flemmonosa (epiploite acuta e cronica), disposto alla suppurazione ed alla cancrena, come lo dimostrò il Goyrand ⁽³⁾, compresso molto e lacerato che fosse, reintrodotta nel ventre, potesse cagionare flogosi diffusibile al peritoneo, o dar motivo a suppurazioni e cancrena, allora la pratica più prudente sarebbe quella, o di toglierlo via con quei mezzi dei quali in seguito terrò parola, o di lasciarlo nel sacco e nel canale erniario, delicatamente riunendo e medicando la esterna ferita. Vidal così dice ⁽⁴⁾, e dice benissimo « da tutto quello che io sono andato esponendo sui differenti modi di terminare della epiploite flemmonosa, si vede quanto questa malattia sia grave. Come dobbiamo prevenirla? come guarirla? La si preverrà allontanando dall'omento qualunque causa d'irritazione. *Non riponete mai nel ventre una porzione di epiplon gravemente contusa ed infiammata.* Quando lo reintroducete abbiatene cura e non lo spappolate. Se è molto contuso, lacerato, infiammato,

⁽¹⁾ Oper. cit. T. IV, pag. 108.

⁽²⁾ Oper. cit. T. I. pag. 461.

⁽³⁾ *De l'Épiploite phlegmonense.* Gazette Médicale de Paris 1836. pag. 305.

⁽⁴⁾ Oper. cit. T. IV, pag. 188. édict. 4.^{me}

degenerato, cancrenato, molto aderente, escidetelo senza mai legarlo, e riducete soltanto la porzione sana. Se credete doverlo lasciare in totalità o in parte nel sacco, fate una leggera medicatura, non comprimate quest'organo, e, se non è cancrenato, ricuopritelo delicatamente cogli orli della ferita. La cura antiflogistica è la sola indicata e la più conveniente per questo male; quindi salassi locali, cataplasmi, riposo, dieta ec.

Quando poi l'omento mostri alcuna di quelle tante alterazioni, delle quali esso sì frequentemente si fa sede (ipertrofia, cancrena, indurimento, stato fibroso, cartilagineo, colloide, cistico, scirroso, encefaloideo ec. ec.), onde sia necessario toglierlo via per render più semplici li effetti del male e quelli stessi della operazione, in qual modo si deve fare questa indispensabile escissione? Diversi sono i mezzi stati impiegati fino dai più remoti tempi per raggiungere questo scopo e provvedere al bisogno. Ecco quanto ne dice Celso, il gran Maestro latino, al Capitolo XXI del suo settimo Libro della Medecina, ove ragiona *Della cura dell' omento disceso nello scroto*. « Se poi si tratta della discesa dell' omento, nello stesso modo sopra descritto si deve fare l'apertura all'inguine col distacco delle tuniche, e quindi esaminare diligentemente se la porzione fuori uscita è grande o piccola: imperciocchè se è piccola si deve respingere dentro l'addome, sia col dito, sia colla estremità opposta dello specillo; se poi è grande bisogna lasciare pendente tutta la parte uscita fuori dall'addome, ed applicarvi sopra delle sostanze caustiche (cauterizzazione) finchè ne segua la mortificazione e la caduta. Alcuni in questo caso traversano la parte con un ago che porti due fili, e annodano ciascuno di essi in parti opposte (legatura doppia), li stringono, perchè così in pari modo, ma più lentamente, si mortifica. Tuttavia questo metodo si rende più spedito, se, al di sotto della legatura si applicano sull' omento i rimedi che consumano le parti senza roderle, e che dai Greci sono chiamati *settici*. Vi furono anche alcuni che tagliarono l' omento colle forbici (incisione); ma ciò, mentre nei casi di piccolo tumore non è necessario, nei grandi poi può produrre una profusa emorragia, essendo l' omento percorso da alcuni vasi anche di grosso calibro. Nè si può in questa circostanza portare per esempio il caso di ferite dell'addome, nelle quali si taglia colla forbice la porzione di omento strozzata; perchè allora essendo questa mor-

tificata, non si può togliere diversamente con più sicurezza. Circa la cura della ferita, se l'omento è stato conservato, si deve trattare con la sutura; ma se, per esser molta la parte discesa, si è fatta mortificare al di fuori, bisogna trattarla con la recisione dei margini della stessa ferita, come sopra si è detto ⁽¹⁾ ».

Da questo capitolo di Celso voi vedete chiaramente com'egli, per distruggere l'omento soverchio, e possiamo aggiungere alterato in modo da non doverlo riporre nell'addome, consiglia tre metodi, i quali sono tuttora rimasti nella pratica siccome quelli che si adoperano più di sovente per toglier via le parti malate, la *cauterizzazione* cioè, la *legatura* con doppio filo, e la *incisione* ossia il taglio con escisione della porzione alterata, guasta o soverchia dell'omento. Ora non vi spiaccia, o signori, che io pigli in esame questi metodi, considerandone il loro valore secondo l'esperienza che di essi è stata fatta, e v'informi delle dispute che i chirurghi ebbero ed hanno intorno alle necessità di accogliere taluno ed altri rifiutarne.

A. *Cauterizzazione*. Questo metodo per distruggere totalmente l'omento, lo avete sentito dal citato Capitolo di Celso, è molto antico, poichè egli ne parla come di operazione da gran tempo in uso. Però i chirurghi che vennero dopo, tolto alcune rare eccezioni, lo abbandonarono, forse per la sua insufficienza o per il pericolo che si traeva dietro, dovendo col caustico distruggere tutta la massa omentale. E la cauterizzazione fatta in simil maniera, sarebbe poi stata affatto dimenticata, se l'omento che fa ernia nel sacco, essendo formato ordinariamente da una parte più grossa che è il tumore, e che è quello che coi caustici o col cauterio si dovrebbe distruggere, e da una parte più stretta, che è il gambo o il peduncolo, la non si fosse parzialmente adoperata su di questo peduncolo, distrutto il quale, cade anche il tumore omentale, qualora adesioni estese e vascolari non facciano impedimento alla sua caduta e alla completa sua mortificazione. E questa distruzione del peduncolo onde render libera la massa epiploica, può farsi col cauterio attuale, non escluso il coltello infuocato o il filo metallico ora in uso reso incandescente per mezzo della corrente elettrica (galvano-caustica ⁽²⁾); può farsi coi caustici più atti a corrodere

⁽¹⁾ Traduzione De Renzi. T. II, pag. 354.

⁽²⁾ MIDDELDORFF. *Traité de galvano-caustique* 1854; ed altri Trattati più recenti e molti di elettro-canstica.

in un tempo breve i nostri molli tessuti. Anzi ragionando di questa operazione, mi giova qui ricordare una recente istoria della quale ha reso conto il D. Cardeaux (1) ed è la seguente; Nel 1847 Bonnet (di Lione) ebbe l'idea di cauterizzare l'omento che faceva ernia, non superficialmente, ma profondamente in modo da distruggerlo, ed il suo esempio fu seguito da parecchi chirurghi di Lione e di Parigi, e fra li altri dall'Amussat, dal quale Cardeaux vide fare questa operazione con felice successo; l'epiploon fu spiegato a ventaglio onde il peduncolo presentasse la maggior sottigliezza e quindi fu esso stretto da una morsa a solchi o cucchiajette, simile a quella della quale si usa per la cauterizzazione della emorroidi. Le cucchiajette furono ripiene da prima col caustico di Filhos, il quale si fece agire per cinque minuti, poi col cloruro di zinco che fu tenuto fino al giorno appresso sempre a contatto colle parti sulle quali aveva agito il primo caustico. La porzione dell'omento sotto la pinzetta a morsa fu resecata a un centimetro distante da essa, e questa sostenuta col mezzo di compressa. Tutto procedè a seconda, e dopo un mese l'operato era perfettamente guarito. Valette ispirato da questi atti operatori, immaginò una *pinzetta enterotomocauterizzante* che non so se sia uscita dalle sue mani. Quando per tagliare il peduncolo e far cadere od escidere la massa omentale, si volesse pure adoperare il metodo della cauterizzazione che può essere utile, due cose consiglierai; la prima sarebbe quella di far uso del cauterio e non del caustico e specialmente, potendo, del filo metallico infuocato colla corrente voltaica (per questo scopo un'apparecchio elettrico deve ora trovarsi sempre in un ben fornito armamentario); la seconda di non reintrodur mai e ricacciare nel ventre il peduncolo reciso, bensì mantenerlo nel canale erniario, onde, dovendo cader l'escare che lo cuopre e quindi suppurare, non sia dato motivo reintroducendolo ad una violenta peritonitide letale.

B. *Legatura*. Il metodo che dovrebbe parere agli operatori il più semplice e pronto, e nel tempo stesso più alla mano, perchè adoperato per altri mali, quali i polipi nasali, uterini ec., sarebbe quello della *legatura* del peduncolo dell'omento, facendola istantanea completa e forte, oppure graduata stringendo

(1) *Revue Médicale* 1866 et *Gazette Médicale de Paris*. Année 1866, N.º 39, pag. 632.

via via, e questa, o passando un solo robusto laccio, o due come raccomanda Celso, o più legature parziali poste tratto tratto dopo aver bene spiegato l'omento, e quindi, o escidendolo sotto di esse che è meglio, o lasciandolo a imputridire nel sacco, ciò che non gioverebbe e potrebbe nuocere assai. Questo metodo è antichissimo ed era conosciuto da Galeno, il quale ne dà conto discorrendo di una ferita dell'addome con uscita d'omento avvenuta in un gladiatore. Heister così insegna ⁽¹⁾ « devesi avvertire, operando per ernia epiploica o entero-epiploica, di non riporre quella parte di omento che è più grossa e corrotta, ma legarla piuttosto con filo trapassato e reciderla, rimettendo la parte sana nel ventre, come fu prescritto nelle ferite dell'addome; oppure, se così piace, aspettare la spontanea separazione dell'omento corrotto e putrido, che cade poi senza esser legato, come ammoniva il Ledran ⁽²⁾. Il Nannoni temendo molto li effetti della legatura, consigliava lasciar l'omento guasto a imputridire nel sacco ⁽³⁾ fino a che non fosse fatta la naturale separazione delle parti morte dalle vive. Però questa operazione del legare l'omento, recidendolo poi o lasciandolo corrotto nel sacco, (e alla legatura e alla recisione furono e sono tuttavia ossequenti molti distinti operatori) venne condannata dai più savi pratici; i quali, e per le prove cliniche e per li esperimenti fatti sugli animali, (Louis e Pipelet) la ritennero per pericolosissima, giacchè provarono evidentemente che la flogosi omentale e peritoneale che tien dietro allo stringimento forte del laccio o dei lacci, si diffonde con facilità e prontezza al peritoneo tutto e procaccia la morte delli operati, anche quando l'omento legato non fu col laccio riposto nel ventre. È l'allacciatura dell'omento che accende la fiera e infrenabile peritonitide. Ciò dimostrarono fra li altri il Verdier, il Louis, il Pipelet ⁽⁴⁾, il Poteau ⁽⁵⁾, il Pott ⁽⁶⁾ e questo confermarono i più avveduti clinici dei tempi nostri. L'omento, che non può essere rintrodotto, o si recida o si lasci nel sacco

⁽¹⁾ *Istituzioni di Chirurgia*. cit. T. II, pag. 82.

⁽²⁾ *Osserv. Chir.* T. II. Osser. 63 e seg.

⁽³⁾ *Oper. cit.* T. II, pag. 169.

⁽⁴⁾ *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie*. Y. III, IV, VII, VIII.

⁽⁵⁾ *Oeuvres posthumes*. T. III, pag. 163.

⁽⁶⁾ *Chirurgical Works*. T. III, pag. 259.

erniario, *non dev' esser legato*. Per curare un ernia strangolata dell' omento, non se ne deve produrre un'altra strozzandolo col laccio noi stessi (Cooper). Arnaud, che fu partigiano della legatura, avvertì di stare in guardia sui sintomi consecutivi che possono insorgere, e al primo mostrarsi loro (nausea, vomito, singhiozzo, dolori acuti di ventre intorno all' ombellico ec.), esser pronti a recidere la legatura ⁽¹⁾. Lo Scarpa, persuaso del pericolo che può addurre *la forte ed immediata legatura* dell' omento, che non può nè deve durante la Erniotomia esser rintrodotto nel ventre, e avendo bene studiati li effetti sull' omento protuso per ferite addominali, il quale, quando s' infiamma e suppara, può senza danno farsi cadere col laccio graduatamente stringendolo, consigliò questa pratica, confermata poi da Hey ⁽²⁾ e da altri. « In simili casi, egli dice, reso libero l' omento nell' ernia, non meno dallo strangolamento che da qualunque attacco col sacco erniario, eccettuato quello che potesse aver contratto col collo del sacco stesso nella regione dell' anello inguinale, io ebbi ed ho per costume d' involgere tutta la fuori uscita porzione di omento in un pannolino finissimo, spalmato d' unguento semplice di storace, onde impedire che rimanendo al posto in cui si trovava, esso contragga aderenza nuovamente col sacco erniario o colle labbra della piaga dello scroto (ernia inguinale); indi, cessati i sintomi della infiammazione consecutiva all' operazione, e cominciata la rugiadosa suppurazione sulla superficie dell' omento ritenuto al di fuori (lo che ha luogo dieci o dodici giorni dopo la operazione), istituisco un' allacciatura d' intorno l' omento, in vicinanza dell' anello inguinale, la quale allacciatura *io stringo moderatamente nei primi giorni* poi gradatamente più nei successivi, finchè tutta la massa fungosa e rossiccia divenga livida e nera, e si stacchi in fine completamente dalla sana in vicinanza dell' anello ⁽³⁾ ».

Certamente questo modo speciale di legare l' omento proposto e provato dallo Scarpa, deve essere meno periglioso dell' antico; primo, perchè si fa a infiammazione decrescente, e

⁽¹⁾ *Mémoires de Chirurgie*. T. II, pag. 627.

⁽²⁾ *Practical Observ.* pag. 180.

⁽³⁾ Opere. *Memorie sulle ernie*. Memoria 2.^a sulle complicazioni dell' ernia inguinale e scrotale. Parte 2.^a pag. 337, Firenze 1836.

quando l'omento può aver preso adesione nell'interno orificio del canale col suo peduncolo; secondo, perchè la legatura vien fatta *grado a grado* e non violenta e istantanea; terzo, perchè l'omento tutto si mantien fuori e fuori s'infiama, suppara, o cade in cancrena.

Ma questa legatura tardiva dell'omento che lo Scarpa consiglia e raccomanda, è essa realmente necessaria quando il taglio potrebbe supplire, anco dopo parecchi giorni che fosse eseguita la Erniotomia, e legando i vasi che potrebbero dar sangue, senza il timore che il peduncolo dell'omento si ritirasse a un tratto nel ventre per le necessarie avvenute adesioni? E chi potrebbe assicurare, che la legatura anche in questo modo fatta e su parti infiammate sempre, non risvegliasse poi i fenomeni dello strangolamento erniario? Sono forse ora molti li esempi pei quali questa legatura serotina e graduata possa dar ragione a stabilire un precetto pratico da seguirsi con speranza e coraggio nei casi maggiori? D'altronde, lasciando l'omento così legato e per tanto tempo immerso nella materia purulenta, non si potrebbe favorire l'assorbimento di essa e la generale infezione? Se vero è dunque che la legatura dell'omento in qualunque siasi modo fatta (con lacci animali, vegetali o metallici, con serra-nodi, o con tutte quelle pinzette compressive destinate a stringere le arterie), tanto escindendo, quanto lasciando l'omento nel sacco, possa avere due essenziali pericoli, quello di diffondere al peritoneo una infrenabile infiammazione, o risvegliare i segni dello strangolamento, chi potrebbe mai consigliarla? E chi consigliarla poi, quando legato e reciso l'omento si volesse col laccio tenuto fuori riporre il peduncolo nell'addome e riunir la ferita, che è il peggio che far si possa? ⁽¹⁾.

C. *Escisione*. — Questo modo di operazione, che consiste nel tagliare l'omento soverchio o molto alterato col coltello, colle forbici o con altro istrumento lacerante e segante come

⁽¹⁾ Gio. Battista Ceremé Santerelli, Chirurgo Forlivese, si operò *da se* un ernia omentale sciolta all'inguine sinistro, e, penetrato nel sacco, legò fortemente con un laccio l'omento alla sua radice e poi lo escise per la estensione di un piede parigino. Guarì della operazione e dell'ernia e ne scrisse allo Scarpa (*). Io, mentre ammiro e lodo il coraggio stoico del malato su se medesimo operatore, mi pare che l'ernia omentale *sciolta*, non meritasse tanto sacrificio nè siffatta operazione, avendo dovuto e potuto il cinto provvedere al bisogno.

(*) SANTERELLI. *Saggi di alcuni casi chirurgici*. pag. 7, Forlì 1819.

sarebbe l'*écraseur* lineare, può essere usato solo, e certamente più conviene, o può congiungersi alla cauterizzazione o legatura del peduncolo omentale, ora lasciando la parte recisa nel canale erniario, ora riponendola nell'addome verso l'anello interno, frenata che sia coi lacci l'emorragia che si manifesti, e mantenendo questi coi loro capi fuori della ferita. E fu appunto per il gran timore della emorragia, la quale, reintrodotta che fosse l'omento reciso nel ventre, avesse potuto farsi là dentro senza aver modo di frenarla, che, rimpetto alla escisione semplice e sola, i nostri vecchi pratici dettero maggior pregio alla legatura in massa ed alla cauterizzazione. Che poi l'omento, nell'atto di esser reciso, possa dar luogo ad abbondante versamento sanguigno per il taglio di grossi vasi arteriosi e venosi, è un fatto pratico confermato da secolare esperienza e sul quale non può cader dubbio. Solo si può dire, che l'emorragia, insignificante da prima, può consecutivamente farsi maggiore ed imponente, e, se il residuo omento fu riposto nell'addome e la natura non provvede, l'operato muore senza alcun riparo dell'arte. E questo dico per metter freno all'audacia di alcuni operatori (Caqué de Reims), i quali, fatta l'escisione dell'omento, vorrebbero, nulla curando la emorragia consecutiva, che il peduncolo fosse ricacciato nudo nell'addome, superbi di render più semplice l'atto operatorio e speranzosi di ottenerne il frutto. Sentite, vi prego, cosa su questo proposito ne dice il Velpeau ⁽¹⁾; « Io seguii il consiglio di Caqué in una malata del Dott. Florence: la operazione non aveva offerto complicate di sorte: bisognò soltanto escidere una porzione di omento; i vasi davano appena sangue; fu ridotto: nella sera si ebbe dalla ferita una copiosa emorragia, e quindi sincopi, lipotimie, sudori freddi, e, quantunque fosse cessato il vomito e le materie intestinali avessero ripreso il loro corso, la donna morì dieci ore dopo essere stata operata. *Questo bastò perchè in seguito non mi azzardassi più a far correre agli operati questo pericolo* ». La donna mancò certamente per interna emorragia.

La operazione della escisione omentale, seguendo i precetti di Pellettan, di Boyer ec. si fa in questo modo; si spiega completamente l'omento nel luogo ove si vuole escidere, e si taglia

(1) Oper. cit. T. IV, pag. 108.

col coltello o con le forbici, a piccoli tratti, da un orlo all'altro, legando via via i vasi che dan sangue; legandoli e non torcendoli, poichè il tessuto grassoso nel quale serpeggiano, molle com'è, non favorirebbe questo mezzo emostatico, e non assicurerebbe dalla emorragia consecutiva. Qualora l'epiplon formasse un cordone solido e funicolare, il quale non permettesse di essere spiegato a ventaglio, allora si taglia in un sol tratto, legando i vasi che gettano sangue alla periferia e al centro del moncone; i quali, in questo caso, soglion esser pochi e più piccoli di quello che siano nello stato normale. Ma, si siano o non si siano poste delle legature sui vasi, io non consiglierai mai la riposizione del peduncolo nel ventre, sia perchè esso potrebbe dipoi versar sangue abbondantemente, sia perchè potendo suppurare, potrebbe accadere una peritonitide violenta ed infrenabile. Meglio sarà dunque, fatta l'escisione, ritenere l'omento reciso, coi lacci o senza, all'apertura addominale fissandovelo, quando occorra, con un semplice filo che attraversi il tessuto grassoso senza offendere il peritoneo che lo cuopre.

Questa escisione la crederei il mezzo più conveniente per togliere una massa omentale, la quale, alterata che fosse per degenerazioni avvenute lentamente, o per cancrena, meritasse esser tolta di mezzo, onde meglio provvedere ai bisogni dell'ernioso. L'omento infiammato (epiploite acuta) lo lascerei sempre nel sacco, abbandonando il suo esito alla natura ajutata dall'arte, poichè temerei che, qualunque operazione vi si facesse sopra, potesse portar grave nocumento all'infermo. Concludo impertanto;

1.^o Che quando l'omento, facendo l'Ermiotomia si trovi sano, nè mostri traccia alcuna di patite lesioni, avendo cura di poco comprimerlo e maneggiandolo non affondarvi le dita, deve essere rintrodotto nel ventre, o solo, o coll'intestino riducibile, quando esso gli era compagno;

2.^o Che nel caso esso omento sia stato colto da infiammazione, e si trovi rossigno, assai vascolare, tumido, dolente ec. meglio sarà lasciarlo nel sacco qual'è, che toglierlo, cauterizzandolo od escindendolo alla sua radice;

3.^o Che, dei tre metodi indicati, *cauterizzazione*, *legatura* ed *escisione*, rifiutando la legatura in qualunque modo si potesse fare, e limitando la cauterizzazione al peduncolo omen-

tale, specialmente eseguita col cauterio o coll'ansa metallica galvano-caustica, la escisione colla legatura immediata dei vasi pare quella che più delle altre convenga, lasciando fuori i capi dei lacci, e la porzione recisa mantenendola all'orifizio addominale e nel canale erniario.

L'omento protuso, quando si vegga tutto mortificato nel sacco, e sia necessario reciderlo per non lasciare ivi quel fomite d'infezione e ridurre alla maggiore semplicità l'atto operatorio, bisogna che la recisione sia fatta sul sano quando pur sia possibile, e quindi, dato che non vi si appongano delle adesioni vecchie o nuove, conviene tirarlo un po' fuori onde, tagliando, poter bene circoscrivere la parte viva da quella che è già morta e imputridita. Che quando questo far non si possa, e la cancrena si propaghi per il peduncolo dell'omento, allora soltanto si reciderà quel più che si può del tessuto cancrenato, lasciando il resto alla separazione naturale, ricuoprendo la ferita con un pannolino unto e con molli fila imbevute in un liquido antisettico, qual sarebbe l'alcool semplice o canforato allungato, l'acqua fenicata, di calce, solforata ec. In questi casi, che pur son rari, meglio è che la natura operi da se il distacco dell'omento che, dopo l'escisione, rimane in preda al processo di mortificazione, di quello ch'è, ampliando le incisioni superficiali e profonde, andare in traccia del cerchio che separa le parti vive dalle già cancrenate, e fare una operazione, la quale potrebbe riuscire oltremodo difficile e perigliosa.

Un'altra complicità nella quale frequentemente può imbattersi l'operatore facendo la Erniotomia è quella delle *adesioni* sia dei visceri col sacco erniario, sia dei visceri stessi fra loro, e queste adesioni possono esser tali, o da render ardua la operazione, o impedire anche che sia fatta completa col non poter riporre nel ventre li organi usciti fuori e rimasti strangolati. Queste adesioni hanno formato serio argomento di studio delli scrittori tutti di chirurgia che trattarono delle ernie sciolte e strangolate, e ciò per la frequenza colla quale esse si mostrano nell'operare, e la varietà che manifestano nell'avviluppare e legare fra loro le parti diverse che compongono l'ernia.

Talune di tali adesioni sono *recenti* fresche, molli, gelatinose come le chiama lo Scarpa, amorfe, cagionate da versa-

menti flogistici fibrino-albuminosi; i quali, o conglutnano per un certo tratto le superfici sierose fra loro e quasi le immedesimano, oppure le attaccano insieme col mezzo di filamenti, di briglie, di lacinie, di falde ec.. Queste, col mezzo del dito, di una spatola o del manico levigato del coltello, possono essere facilmente sciolte, rendendo liberi i visceri prima fra loro adesi o col sacco. Tali adesioni agevolmente solubili si trovano in special modo sulle ernie di recente infiammate; le quali, se piccole, possono anche essere sbrigliate ma non rintrodotte, meglio essendo che il processo flogistico si compia e si consumi nel sacco erniario, di quello che si diffonda, e spesso avviene, su tutta la sierosa addominale. Altre adesioni sono *vecchie*, resistenti, organizzate, vascolari, cellulo-fibrose, e al pari delle prime, ora han saldato insieme e per varia estensione le lamine sierose intestinali od omentali fra loro e col sacco, ora invece legano e congiungono queste medesime parti con fili, briglie, nastri, lacerti, corde tendinee, false membranelle ec.. Esse, seppure possono essere sciolte completamente, non lo possono senza l'ajuto delle forbici e del coltello e talvolta con pazienti e diligentissime dissezioni, quali far si potrebbero in una anatomica preparazione.

Tutte queste aderenze di vecchia data, e che in forme diverse lasciano uno spazio fra sierosa e sierosa fra cui son tese (delle molli non parlo) possono essere sciolte col taglio, anche quando esse si son fatte nel canale erniario e agli orifici come più spesso avviene. Ma quando le parti attaccate sono insieme e fra loro immedesimate e fuse, che di due membrane se n'è fatta una sola, in quel modo che due superfici articolari per anchilosi completa si fondono, e quando queste coesioni membranose hanno estensione non piccola o si distendono ovunque, per esempio l'intestino col sacco, di guisa chè, volendo scioglierle disseccando, o si lascierebbero falde di sacco sull'intestino, o si aprirebbe l'intestino stesso, allora bisogna cedere alla necessità; e fatto che si abbia lo sbrigliamento come si può dentro o fuori del sacco, bisogna lasciare il viscere adeso nel sacco stesso, sperando, e molti fatti felici dan valore a questa pratica, che a poco a poco esso si ritiri nel ventre e permetta la riunione della ferita. Quando l'adesione non è del viscere col sacco, ma dei visceri fra loro, l'intestino coll'o-

mento, in questo caso può farsi la completa riduzione senza occuparsi dell'aderenza loro e lasciandola come si trova, che, se non producesse essa stessa strangolamento, non porta danno. Tale complicità di sì fatte adesioni per fusione delle sierose e per un tratto non breve, è per se stessa gravissima, sia per l'ernioso che corre maggior pericolo, sia per l'operatore che si trova nel più grande imbarazzo. Quindi non vi spiaccia, o Signori. che, in argomento di tanta importanza, vi ricordi quì quello che ne scrisse il sommo Scarpa nella 2.^a sua Memoria sulle Ernie (1). « Quando, egli scrive, nell'atto di compiere l'operazione dell'ernia scrotale incarcerata, incontrasi l'adesione *carnosa non naturale* dell'epiplon col sacco erniario, coll'intestino o col testicolo, non vi può essere per parte del Chirurgo perplessità alcuna sul partito ch'egli deve prendere per riguardo all'omento; quello cioè di recidere in ogni qualunque caso di questa sorta l'omento in vicinanza della sua adesione coll'una o l'altra delle accennate parti, e di fare ciò prestamente, se l'adesione dell'omento costituisce il principale ostacolo alla riposizione del viscere. Pott si è incontrato in un ernia, nella quale l'omento erasi fatto strettamente aderente al sacco erniario ed al testicolo in dieci differenti luoghi: ciò non pertanto egli lo recise da per tutto; e poichè era l'omento d'altronde sano, lo ripose nel ventre col più felice successo (2). Questa operazione non è ugualmente spedita e sicura quando trattasi di aderenza *carnosa* a modo di cicatrice fra l'intestino ed il sacco erniario; che anzi di tutti li accidenti di tal sorta uno egli è questo dei più pericolosi per l'infermo, e che richiede la più grande intelligenza e circospezione per parte del Chirurgo; intorno alla qual cosa non è stata ancora data alla studiosa gioventù una norma da seguire abbastanza chiara e precisa, quantunque, a mio giudizio, sia questo articolo uno dei più rilevanti della operazione dell'Erniotomia ».

« Da replicate osservazioni sui vivi e sui cadaveri a me consta, che il più delle volte codesta stretta adesione dell'intestino col sacco erniario, si fa col collo del sacco stesso, ovvero a poca distanza sotto dell'anello inguinale. In simili circostanze, tolta la cagione immediata dello strozzamento esi-

(1) Opere cit. *Dell'Ernia inguinale e scrotale*. §. XXVIII. pag. 324.

(2) *Chirurg. Works*. T. III, pag. 229.

stente nel collo del sacco erniario, o nello anello inguinale, o in ambedue queste parti, commetterebbe, a mio parere, un grave errore il chirurgo se intraprendesse per mezzo del taglio di separare e liberare l'intestino dall'aderenza *carnosa* col sacco erniario, specialmente se codesta aderenza fosse molto estesa; perchè, in primo luogo egli non avrebbe una traccia sicura di condurre il coltello attraverso di quella estesa cicatrice, e correrebbe pericolo di offendere l'intestino, o di recidere con una porzione di sacco erniario il cordone spermatico situato immediatamente dietro il sacco; in secondo luogo, perchè l'estesa cruenta piaga indotta sull'intestino staccato e riposto nel ventre, non potrebbe che occasionare sintomi consecutivi assai da temersi a motivo della effusione di sangue, della infiammazione, della suppurazione e crepatura dell'intestino in un punto forse non abbastanza corrispondente alla piaga esteriore. Per la qual cosa, ponderati tutti questi pericoli, e confrontati coi vantaggi che l'esperienza ha dimostrati trarsi da una pratica tutta opposta a questa, io sono d'avviso che la migliore indicazione curativa da seguirsi in simili casi sia quella, tolta completamente la cagione immediata dello strozzamento, *di lasciare l'intestino inerente al sacco erniario come si trova*, e contentarsi di ricuoprirlo coi lembi del sacco stesso e con pannolini bagnati nell'acqua di malva tiepida. Egli è un fatto di pratica chirurgica assai memorabile, che, tolta in questi casi la cagione immediata dello strozzamento, ancorchè l'ansa d'intestino rimanga al di fuori, le fecce riprendono il loro corso naturale, e quindi cessano tosto i dolori, il vomito ed il singhiozzo. Nei giorni consecutivi poi, nei quali il chirurgo non intermette mai di umettare giorno e notte l'apparecchio col decotto di malva, si osserva, che il tratto di adesione dell'intestino col sacco, si trasporta spontaneamente all'insù verso l'anello, e che in progresso si nasconde anco del tutto o in gran parte di là dall'anello stesso. Quella porzione d'intestino in fine, che dalle forze della natura non può esser tratta nel ventre, si sfoglia, come dicono i chirurghi, diviene rossiccia, granulosa, e finalmente va ad essere rinchiusa e ricuoperta dai comuni integumenti dell'inguine e dello scroto ».

Questo dice lo Scarpa, avvalorando i suoi savi insegnamenti con fatti pratici propri e d'altrui, e questo precetto di non

rintrodurre le ernie estesamente adese col sacco e per fusione completa delle membrane sierose, a voi caldamente raccomandando e ve lo raccomando confutando collo Scarpa l'opinione contraria del Pott ⁽¹⁾, il quale dice; che non esistono aderenze che impediscano la riduzione dei visceri; che queste possono essere *sempre* sciolte anche con una dissezione delicata lunga e difficile, colla quale si verrà a capo trionfando di questa complicità. Io, in due vecchierelle che avevano ernia crurale, ed ove il sacco era compiutamente adeso all'intestino che appena si mostrava fuori, ed ove non era possibile alcuna dissezione che tutto veniva via a stracci, fatto lo sbrigliamento extra-peritoneale in una, e dentro il sacco sull'altra, seguii la pratica dello Scarpa e n'ebbi il frutto delle sperate guarigioni.

Arnaud ⁽²⁾, quando le adesioni formano una massa compatta del sacco e dell'intestino, e si distendono fino al cingolo strangolante, e le esterne incisioni possono riuscire insufficienti in questo estremo caso vorrebbe che fosse aperto longitudinalmente l'intestino, che vi si entrasse dentro col dito e di dentro largamente si sbrigliasse. Una donna da esso così operata (Observ. 15) dopo breve tempo guarì, serbando per soli quaranta giorni la fistola stercoracea. Io non saprei imitare questo arditissimo operatore, perchè mi parrebbe si dovesse trovar modo, lasciando sempre l'intestino adeso nel sacco, o di fare lo sbrigliamento extra-peritoneale, o dentro il colletto del sacco col processo del Malgaigne sopra citato.

Le aderenze dunque potendosi trovare di fresco fatte, molle, plastiche e facilmente solubili, quali son quelle che spesso si generano per acuto processo flogistico delle sierose, sciolte che sieno col dito o con una spatola, permettono al Chirurgo di considerare, se il viscere che fu strangolato, per le sue speciali condizioni flogistiche, o per altre complicità che lo accompagnino, debba o non debba essere rintrodotto, valutando i maggiori benefizi del ritenerlo o del respingerlo. Le adesioni recenti non formano per loro stesse un' assoluta contro-indicazione alla sua riposizione nel ventre. Nè la formano i tagli fatti delle vecchie adesioni a fili, a briglie, a lacerti a membranelle ec., perchè queste, essendo pochissimo vascolose e,

⁽¹⁾ *Oeuvres Chirurgicales*. Trad. T. I, pag. 370.

⁽²⁾ *Traité des Hernies*. T. II, pag. 199 e 205. Observ. 45 e 16.

tagliate che siano, facilmente ritirandosi, non soglion dar campo a suppurazione pericolosa, rimanendone li avanzi sul viscere che fu rintrodotto. Le sole aderenze chiamate dallo Scarpa *carnose e non naturali* sono quelle, che, essendosi prodotte fra l'intestino ed il sacco, e non dovendole nè potendole diligentemente sciogliere con lunga dissezione e paziente come il Pott vorrebbe, impongono siano lasciate tali quali a loro stesse, obbligando in qualunque siasi modo l'operatore a togliere lo strangolamento, fuori o dentro il colletto del sacco erniario sbrigliando, poichè è l'ernia strangolata e non l'ernia adesa che reclama l'Erniotomia.

LEZIONE DICIANNOVESIMA

Ancora delle complicanze della Erniotomia. Briglie funicolari o funicelle, che possono fare strangolamento: condotta da seguirsi in tal caso. Ristringimento dell'intestino: pratica proposta e raccomandata per provvedervi. Ulcera perforante intestinale: via da tenersi per portarvi riparo.

Signori,

Voi già sapete come vari e talvolta singolari e straordinarj siano i modi, coi quali nelle ernie può originarsi lo strangolamento, e come talora a produrlo operi una briglia forte e resistente, quasi cordone teso, sotto il quale i visceri trovandosi o passandovi, restano strozzati, e fa mestieri sia tagliato questo stesso cordone strangolante affinchè l'ernia si sciolga. Molti, anzi moltissimi sono i casi di questa particolar maniera di strangolamento erniario, registrati nei libri classici di chirurgia, nei Trattati speciali, sparsi qua e là nelle Monografie e nei Giornali medici, e certamente troppo lungo sarebbe e noioso farvene qui il novero. Mi basti ricordarvene uno (ab uno disce omnes), del quale ha reso pubblico conto il mio carissimo amico Prof. G. Marcacci reputatissimo Clinico nella Senese Università ⁽¹⁾. E di questo fatto vi ragiono, poichè, e per la difficoltà della diagnosi, e per la operazione ardua e coraggiosa che fu intrapresa, e per l'esito felice che se ne ottenne, mi è sembrato degno di nota e di ricordanza. Io ve ne offro un compendio che tocchi essenzialmente della parte operatoria, ch'è il principale scopo di queste Lezioni.

⁽¹⁾ *Di una gastrotomia per interno strangolamento intestinale seguito da guarigione. Giornale Medico lo Sperimentale. Anno XXIV, 1872.*

Un giovane di 25 anni ben costruito di corpo, forte di muscoli, mangiatore eccellente, e che per qualche tempo aveva condotto vita militare, da sei anni pativa di doppia ernia inguinale; la destra era scrotale e assai voluminosa, la sinistra non oltrepassava l'anello inguinale: erano libere e sciolte ambedue contenute da doppio cinto, non tanto però che la destra, specialmente in certi movimenti, spesso non gli scappasse fuori cagionando dolori ventrali, nausea ec., finchè egli non l'avesse ridotto, e la riduzione gli era facile; solo una volta occorre la mano del chirurgo. Se lasciava il cinto, anche per un momento, l'ernia subito riempiva lo scroto, rientrando poi con gorgoglio: andava soggetto ogni tanto e con facilità a dei dolori colici, specialmente dopo il pasto; l'ernia era dunque intestinale. Un giorno, dopo aver mangiato a crepa pelle, ebbe senso di ripienezza, gravezza di stomaco, nausea, incitamento al vomito, poi dolori decisi all'ernia e quindi anche al ventre. Per favorire il vomito ed ottenere delle evacuazioni ventrali, inghiottì tutto di un fiato un bicchiere d'olio di oliva: il vomito venne forte e impetuoso. In uno di questi conati sentì un doloretto acuto verso la fossa iliaca destra, come di uno strappo: i dolori però si fecero più forti, il vomito più frequente ed ostinato, cui si aggiunse il singhiozzo: ridotto in sì grave stato, si fece condurne allo spedale di Siena. Visitato dai medici, e considerando essi la presenza di due ernie, pensarono che ad una di esse si dovessero attribuire i gravi fenomeni che presentava l'infermo, e non fu poca la loro maraviglia, quando, esplorate le ernie, le trovarono libere e sciolte, che il malato stesso a volontà poteva ridurre e fare uscire: anzi l'ernia destra permetteva l'invaginamento della pelle dello scroto nel canale inguinale, ove il dito nulla sentiva d'innormale. Era però manifesta sopra l'arco crurale e nella fossa iliaca destra una rilevatezza o tumore; quindi i visitatori pensarono che i fenomeni dello strangolamento, che erano evidenti e che sempre più incalzavano, fossero l'effetto di una nuova ernia, che, negli sforzi del vomitare, si fosse fatta strada attraverso una smagliatura avvenuta nelle pareti ventrali, tanto più che quella rilevatezza corrispondeva appunto al luogo ove il malato aveva poco innanzi avvertito quel doloretto come di lacerazione. Supponendo dunque questa nuova ernia formatasi, i curanti usarono del taxis

per ridurla, e una volta parve che fossero riusciti anche a giudizio dell'infermo che si sentì meglio diminuendo assai il tumore; usarono delle mignatte, del ghiaccio ec. ma tutto fu senza frutto. Il malato peggiorava, precipitava e, se mitigavansi a tempo a tempo i dolori ed il vomito, il singhiozzo molesto, penoso, senza requie, non lo lasciava mai. Allora e frettolosamente fu chiamato il Prof. Marcacci ch'era fuori di Siena, essendo i tempi delle ferie. Egli accorse, e tolto il singhiozzo che persisteva, trovava il malato in un momento di calma: la rilevatezza notata che aveva la sua sede alla regione iliaca destra tre dita trasverse sopra l'arcata crurale e otto o dieci dal pube, e che per essere conosciuta ed apprezzata bisognava confrontare quella regione coll'opposta o col piano della superficie contigua, era oblunga nel senso della stessa arcata crurale, più prossima all'ileo che al pube; palpandola, si sentiva chiaramente essere contenuta nella cavità peritoneale e non certamente nella spessezza delle pareti ventrali; era cedevole ed elastica, comprimendola si abbassava per ritornare subito allo stato primiero; alla percussione non dava suono cupo, ma neppure suono intestinale distinto; dava in fine l'idea di una piccola porzione d'intestino che, distesa, si facesse vedere e si disegnasse a traverso la parete ventrale, siccome avviene delle anse intestinali nel volvulo. Ma questa tumidezza che si vedeva e si sentiva in quel momento, non era, e questo pareva certo, la metà di quella che era stata avanti dell'avvenuta parziale riduzione. Marcacci, assicuratosi che le ernie antiche erano libere e sciolte, e che il malato, rintrodotte che fossero, le poteva fare uscire, e che il canale inguinale ammetteva l'indice fino nel ventre, pensò che alle vecchie ernie, non per smagliamento o divaricamento di pareti, come alcuni credevano, se ne fosse aggiunta per sforzo violento una terza completa recente e profonda, non per anche compiutamente ridotta, o seppure fosse stata ridotta, non scompagnata dai segni della parziale peritonitide. La tregua, che presentò l'ernioso alla visita che gli faceva il Clinico, fu di breve durata. Insorsero presto nuovi acerbi dolori, vomiti, singhiozzo, smania, agitazione, e l'alvo, che innanzi erasi aperto, dando materie diarroiche e fecce abbondanti, si chiuse. Pareva che la infiammazione facesse rapidi progressi; le mignatte, il cataplasma, i clisteri, la

purga oleosa, li calmarono per poco tempo; poi di nuovo più minacciosi ed imponenti; vomiti, dolori acuti del ventre, meteorismo, singhiozzo, smaniosa agitazione, impossibilità di tenersi in una sola posizione, fisionomia abbattuta, alterata, occhi incavati, calore diminuito, polsi piccoli frequenti cedevoli, ventre sempre chiuso, aumentata la tumidezza alla fossa iliaca. Che fare? Il malato chiedeva a mani giunte si liberasse dal suo male. Nè il soccorso fu tardo. Dopo maturo consiglio e solenne giudizio di molti e valenti pratici che visitavano l'infermo, e dopo avere ventilati i vantaggi del fare e i danni del non fare, fu stabilita l'operazione, e questa fu maestrevolmente, come suole, eseguita dal Prof. Marcacci, il quale così la descrive: « Prima di tutto pregai l'ammalato di fare uno sforzo perchè uscisse l'ernia inguinale che era dentro, e tagliai su quella, come se avessi dovuto praticare una ordinaria Erniotomia, dall'anulo in giù fino a metà dello scroto, e così per cinque o sei centimetri; ed incidendo a strato a strato messi allo scoperto nettamente il suddetto anulo inguinale e l'ernia: ci sorprese di trovare che l'ernia fosse costituita solamente di una massa epiploica: questa era conformata in modo da costituire un vero e proprio canale che all'esterno finiva allungato a modo d'infundibulo, di cui il contorno libero era ingrossato e ipertrofico per adipe: in quell'infundibulo potei introdurre il mio dito indice destro e penetrare comodamente in cavità: questo epiplon poteva benissimo respingersi nel ventre, ma non si poteva allontanare dall'apertura interna, rimanendo sempre qualche lacerto al di fuori, perchè aveva contratto delle aderenze a lunghe briglie con la superficie interna del sacco, e questo naturalmente coi tessuti vicini; le aderenze epiploiche erano filamentose e ne permettevano la facile introduzione fino all'interna apertura, pronte ad uscir di nuovo al più piccolo movimento. Un'ansa intestinale che fuori uscisse doveva necessariamente percorrere quel canale epiploico e non toccare il sacco altorchè al di fuori, laddove quel canale finiva aperto e ad infundibulo. Spingendo il mio dito introdotto nel ridetto canale verso la fossa iliaca destra io potevo toccare coll'apice e sentire un'ansa intestinale molto tesa, immobile, corrispondente alla più volte ricordata elevatezza, e palpandola alternativamente col dito in cavità, e coll'altro al di fuori, acqui-

stava quasi la certezza che fosse dessa l'ansa strozzata. Allora e senza più esitare feci una lunga incisione sulle pareti ventrali di otto in nove centimetri, parallela all'arcata crurale, e proprio su quella intumescenza: colla guida dell'indice sinistro nel ventre e a strato a strato giunsi sul peritoneo che incisi con bisturì bottonato a traverso a così ampia ferita che, congiunta alla prima, non poteva esser minore di 13 in 14 centimetri, videsi facilmente una porzione d'intestino di un rosso cupo, rigonfio, a pareti tese ed elastiche; lo potei prendere coi diti, e sebbene facilmente mi scivolasse, ed offrisse una tal qual resistenza alla sua uscita, lo trassi fuori: ora appunto l'ernia strozzata da un cingolo duro, fibroso, che era in continuazione col grande epiplon, epperò anche colla porzione che formava l'ernia, così parte di questa venne trascinata fuori coll'ansa stessa strozzata. Il cingolo strozzante rimanendo come sepolto dal rigonfiamento dell'intestino, e potendo riuscire pericoloso scioglierlo col coltello, mi provai a strapparli coi diti, ma non essendovi riuscito per la troppa durezza, mi condussi nel modo seguente; un assistente prese l'intestino con ambe le mani, una sopra ed una sotto il ridetto cingolo strozzante, lo piegò come si farebbe di un legno verde che si vuol rompere, affinché il massimo della convessità corrispondesse all'anello costrittore; allora col soccorso e la difesa del mio indice sinistro, e a piccoli colpettini di bisturì convesso su quella corda fibrosa, giunsi a reciderla senza interessare l'intestino che si sciolse subito, riacquistò completa la sua libertà e venne riposto. Una porzione di quell'epiplon ipertrofico formante ernia, rimanendo lì all'apertura, ed assai imbarazzando la riunione della ferita, la escisi. La ferita venne riunita con sutura intercisa, tranne in basso ove fu posto uno stuello. Completata la medicatura l'ammalato venne ricondotto al proprio letto, molto contento della eseguita operazione, che aveva sostenuta con molta fermezza ». Lo strangolamento non molto forte in principio, e poi violentissimo, era durato per 52 ore senza avere notevolmente alterato l'intestino. L'operato, dopo aver passato dei giorni pericolosi, curato a dovere e aiutato dalla sua tempra felice, scorso un mese, era perfettamente guarito.

Il Marcacci, volendo dare esso stesso ragione dello stato anatomico-patologico di questa ernia, così dice; « al momento che

il Marchiò (tale è il cognome dell'ernioso) venne preso dai vomiti e dai dolori ventrali, l'ernia era ridotta e riparata da un cinto; in quel tumulto intestinale di moti peristaltici e anti-peristaltici, l'ansa solita a far ernia, invece di prendere la via del canale inguinale s'infissò in una *briglia* o *funicella*, che trovavasi in rapporto stretto col lembo inferiore dell'epiploon, ed in continuazione coll'epiplocele. O come erasi formata quella briglia? se ti richiami alla memoria (scrive al D. Puccioni) quella enteritide, che il Marchiò aveva subito tre anni innanzi, non ti sarà difficile lo intenderlo. E se si vuole intendere perchè l'ansa strozzata stasse lì confitta ed immobile nella fossa iliaca più in su dell'arcata crurale, basta riflettere che la ridetta briglia era connessa coll'epiplocele, alla sua volta *adesso al canale inguinale*; e se delle briglie pure eransi formate attorno all'epiplocele, alcun'altra se n'era potuto formare in quelle vicinanze ».

Io non accompagnerò l'egregio Prof. Marcacci nelle sue savie e dotte considerazioni sul caso da esso fatto di pubblica ragione, e del quale tutti potrete a voglia vostra informarvi, ma vi dirò, che l'ho voluto a bella posta registrare, perchè mostra ad evidenza, come per tagliare una *briglia* o *funicella* che strozzava un'ansa intestinale, attaccandosi al canale inguinale e all'ernia omentale, occorresse esagerare l'atto della Erniotomia, penetrare coraggiosamente nel ventre, ed eseguire quel taglio della briglia stessa, senza il quale, essendo riuscito vano ogni altro compenso, il malato era vicino alla morte. In alcune ernie strozzate ed operate, io pure mi son trovato talvolta, fatto lo sbrigliamento ordinario senza frutto, a dovere profondamente, una volta vicino all'ombellico, recidere qualche briglia funicolare e dura che cagionava lo strozzamento, e che, non avendola incisa, avrebbe resa inutile la consueta operazione, tagliando soltanto li anelli. Quindi ancora da questi casi, che non sono infrequenti, si riconosce e si prova la bontà di quel salutare precetto raccomandato dai pratici, sbrigliato che si abbia, e tagliato ove sia il cingolo strangolante, di accompagnare col dito scrupolosamente l'ernia nella cavità addominale, e di assicurarsi che il viscere abbia riacquistata la sua completa libertà, nè alcuna briglia, quasi corda su lui tesa, lo serri tuttavia e lo strangoli.

Un'altra complicità dell'ernia strangolata può esser quella, dopo averla sbrigliata, di trovare l'intestino, o là ove fu stretto all'anello, o per tutta l'intera ansa, così angustamente ristretto da far sospettare, che, una volta rintrodotto, non possa essere capace di servire al circolo delle materie intestinali, quindi continuare i fenomeni dello strangolamento ed in tali condizioni dell'infermo che il riparo quando pur vi sia possa esser tardo inefficace e oltre ogni dir periglioso. Il primo a richiamar l'attenzione su questa stessa complicità fu il Ritsch, il quale ne fece una speciale comunicazione alla R. Accademia di Chirurgia di Parigi nel secolo scorso ⁽¹⁾. Ecco qui il fatto dal quale ebbe motivo la stessa comunicazione e le conclusioni che l'autore ne trasse; di quello e di queste vi porgo in compendio testuale relazione.

Un uomo di 45 anni portava da lungo tempo un ernia inguinale destra e la conteneva col cinto. Poco gli dava molestia, e soltanto a tempo a tempo gli cagionava qualche do-
loretto colico e *stitichezza*. Un giorno, facendo egli uno sforzo violento nel sollevare un peso, l'ernia uscì e in un subito si strangolò. Chiesto ajuto dall'arte, furono dai Curanti per due giorni adoperati tutti quei mezzi raccomandati per farla rientrare, ma invano. Bisognò usar dell'Erniotomia e Ritsch la fece. « Avendo inciso (egli dice) i tegumenti e aperto il sacco erniario, trovai l'intestino *infiammato*; però questa infiammazione non parve tanto grave da contro-indicare la riduzione. Appena fatta, si calmarono i sintomi dello strangolamento; all'operato furono dati dei mezzi-clisteri fino col fumo del tabacco per vuotare i grossi intestini, ma senza frutto: il malato, 12 ore dopo la patita operazione, morì. Aperto il cadavere (seguita il Ritsch) trovai l'intestino ileon in due punti tanto ristretto ove era stato strangolato dall'anello, come fosse stato fortemente serrato da una cordicella. Vi era aderenza mutua delle pareti interne dell'intestino in guisa tale, che la porzione che era sopra a questo restringimento, non aveva comunicazione col resto del canale ed era quindi chiusa la via al corso delle materie intestinali. Conobbi allora la causa degli accidenti secondari e della morte ».

⁽¹⁾ *Sur un effet peu connu de l'étranglement dans l'hernie intestinale.* Mém. de l'Acad. R. de Chirurgie, T. III, pag. 173. Paris 1784.

Ritsch crede che questi casi di grave restringimento intestinale siano frequenti, e quindi spesso cagione di morte, quando anche l'operazione sia stata ben fatta e da mano maestra. Dopo alcune osservazioni sui casi possibili ed al suo simiglianti, Ritsch conclude; 1.^o Che lo strangolamento può restringere la continuità del canale al punto da intercettare il passo alle materie; 2.^o Che in questo caso avvi la necessità di recidere la porzione d'intestino, onde render libero il corso alle medesime; 3.^o Che, fatta la recisione, i due capi intestinali si possono riunire col metodo del Ramdohr (invaginamento del capo superiore nell'inferiore), e col processo di Sabatier, ponendo entro i due stessi capi per sostenerli, un rotoletto di carta.

Io non posso nè voglio negare al Ritsch l'aver egli trovato, dopo lo strangolamento, che durava da sole 48 ore, chiuso nel cadavere l'intestino, e la chiusura o il forte restringimento essere stato tale da aver potuto poi fare impedimento al libero corso delle materie intestinali. Dico e sostengo, e credo difendere la verità, non essersi potuto in tempo sì breve, (48 ore) e per il solo fatto dello strangolamento, generare quella stenosi organica dell'intestino, che il Ritsch rinvenne, ed alla quale l'ernioso, considerando anche la *stitichezza* della quale pativa, poteva essere in preda da lungo tempo. Dalla istoria poi ch'egli narra, e che dette motivo alle sue conclusioni, istoria breve, incompleta, e poco avvalorata da diligenti osservazioni anatomico-patologiche; e ponendo mente, che l'intestino fu trovato, non solo strangolato ma anche *infiammato*, ed infiammato fu riposto, e che la morte dell'operato successe 12 ore dopo la sofferta Erniotomia, è ragionevole il supporre, che, più della chiusura intestinale, avesse la flogosi diffusa peritoneale precipitato nel sepolcro l'infermo.

D'altronde chi è che non sappia che quando una porzione di un ansa o un ansa intera intestinale rimase fortemente strangolata per alcun tempo anche breve, conserva essa l'impronta dello strangolamento; la quale si vede fatta da un solco che segna il luogo preciso ed il limite della patita strozzatura, più sensibile in generale quanto più l'ernia è piccola, e questo solco ci si manifesta, o ritirando l'intestino prima di riporlo nel ventre durante l'atto della Erniotomia, o nel cadavere del-

l'infelice operato quando ci si ricercano le cagioni materiali che lo condussero a morte? Ma se l'intestino può presentare questo solco, e l'operatore, ritirandolo, lo può vedere, chi vorrebbe mai concludere che per il supposto pericolo della occlusione intestinale, o dell'insuperabile futuro restringimento, fosse necessario escidere quella porzione solcata dell'intestino, per riallacciarlo poi colla sutura e riporlo, o stabilire un ano artificiale? Quante mai felici Erniotomie non si fanno e si compiono regolarmente, respingendo nel ventre un intestino solcato, senza chè il solco apporti poi impedimento al circolo delle materie intestinali, sia per restringimento consecutivo, sia per adesione delle superfici mucose fra loro fino al punto da render vana la speranza della guarigione? Pur troppo succede, e non raramente, che l'ansa intestinale che rimase strangolata, resta paralizzata nella sua potenza contrattile, e quindi non aiuta essa il movimento delle fecce, delle materie sciolte e dei gas; i quali, rinsacciando nel capo superiore e comprimendolo e sfiancandolo, mantengono i segni dello strangolamento erniario, non più nell'ernia ma nell'addome, ed aumentando il processo di flogosi che suol esser compagno del male, conducono molti operati nella tomba. Ma che perciò? La sola manifestazione del solco intestinale potrebbe mai e poi mai autorizzare un operatore, per questo solo segno e per i temibili e non certi futuri effetti, a far la escisione dell'intestino? Forse a questo estremo e disperato partito uno si potrebbe condurre, quando tutta l'intera ansa strangolata fosse ridotta a tal forte grado di restringimento da far grandemente sospettare, che, respinta nell'addome, essa non fosse più capace di distendersi, ciò che io non credo abbastanza provato, nè so che altri per osservazioni proprie abbia accuratamente descritta questa speciale lesione. Infatti il Nelaton questo solo dice ⁽¹⁾; « quando l'intestino è obliterato, o è talmente ristretto da non contar più sul ristabilimento del suo calibro, complicità che è d'altronde *rarissima*, bisogna recidere l'intestino sopra il punto ristretto o chiuso, e fissare le labbra della ferita intestinale al colletto del sacco col mezzo di un filo passato nel mesenterio, fino a chè delle solide aderenze non siansi stabilite fra la membrana sie-

(1) Oper. cit. T. IV, pag. 274.

rosa dell'intestino stesso e quella del colletto, e finchè non siasi costituito un ano contro-natura». Quello che io so è, che, eseguita la Erniotomia compiutamente e senza alcuna complicità, non cedendo dipoi i segni gravi e minacciosi dello strangolamento, alcuni chirurghi valenti e coraggiosi, sono andati nel ventre a ripescare l'ansa che fu strangolata, riaprendo anche la ferita, l'hanno tratta fuori, e squarciatala, dettero opera a costituire un ano artificiale. Così si condusse Maisonneuve, il quale, ritraendo un'ansa restata all'orifizio interno del sacco, ed incidendola, fece cessare i più allarmanti fenomeni. Io, che ho più fede nelle benefiche risorse ineusaribili della natura, che nelli ajuti dell'arte, specialmente quando questa può mancare di guida che saviamente la conduca, non darei autorità al chirurgo, qualora circostanze particolari non lo spingessero (nuova discesa nel sacco dell'ansa che fu strangolata), di andare alla ricerca nell'addome di quella parte d'intestino che patì lo strozzamento, perchè temerei che maggiore potesse essere il danno del beneficio, non potendo noi porre un esatto confine fra le potenti forze restauratrici che la natura serba, e quelle dell'arte incerte spesso e perigliose molto. Il solco che il cingolo strozzante segna di sovente sull'intestino, non può dunque ritenere l'operatore dal reintrodurlo; nè, quando l'abbia reintrodotta, mantenendosi i fenomeni dello strangolamento interno, e fidandosi egli più sul valore della sua mano che sulle naturali risorse nelle quali posero fede lo Scarpa, il Velpeau ec., farebbe cosa prudente di andare nel ventre in cerca dell'ansa che fu strangolata, sia passando per il canale erniario, sia incidendo le pareti ventrali, quando l'ansa stessa non fosse sempre all'interno orifizio o ricaduta nel sacco, dal quale sarebbe agevole trarla fuori. Nè dobbiamo poi dimenticare, che la flogosi dell'intestino e del peritoneo più o meno diffusa, congiunta alla paralisi intestinale, indipendentemente affatto dal restringimento organico del canale, potrebbero mantenere quei fenomeni stessi che s'iniziarono collo strangolamento, e che si vorrebbe cercare di allontanare colla nuova operazione.

Ma dato pure, ciò che certissimamente dev'essere rarissimo, che, osservando l'intestino, o là ove fu strangolato (qualora questa osservazione possa esser fatta senza danno), o per quel

tratto che si trova nel sacco, si vegga in qualche punto talmente ristretto da fornire, e per la sua nodosa e quasi fibroide resistenza, e per la sua valida coartazione insolubile, i segni proprj del permanente organico restringimento, presumibilmente insolubile con li ajuti della sola natura, quale debb' essere la condotta del chirurgo in questi eccezionalissimi casi? Prima di tutto bisogna esser sicuri, che il restringimento sia tale da far presumere, che, ridotto l'intestino, le materie intestinali, circolando e mosse dagli atti contrattivi, non siano capaci di superarlo e vincerlo con la loro propria forza d'impulsione. Poi bisogna avere in mente, che, quando l'intestino rimane strangolato, il capo superiore si slarga com'è naturale, e l'inferiore si restringe; dilatazione e restringimento visibili specialmente dalla interna parte del ventre in corrispondenza dell'apertura ove si operò lo strangolamento. Ma questo restringimento, che alcune volte pare grandissimo, sbrigliata l'ernia e riposto l'intestino nell'addome, dopo un certo tempo e non lungo, si corregge, il calibro dei due capi si proporziona, la cavità ripiglia la sua ampiezza, il circolo si ristabilisce completo, l'operato guarisce. Guai se, facendo l'Erniotomia, questo necessario restringimento del capo inferiore intestinale, dovesse dar luogo ad operazioni speciali e molto gravi: la natura provvede. Distinto dunque il restringimento consueto e non valutabile del capo inferiore dell'intestino, dal vero ed organico inconsueto restringimento, il quale può avere la sua sede, o là ove operossi lo strangolamento, o in quel tratto del viscere contenuto nel sacco, in questo secondo caso che fare? Se si potesse argomentare, che, insieme al restringimento l'intestino si fosse chiuso e fatto *impervio*, sarebbe allora errore grave il riporlo; sarebbe quasi un apparecchiare con le nostre proprie mani una certa morte all'infermo. In questo caso bisogna seguire il consiglio del Ritsch, escidere colle forbici o col coltello la parte di ansa ristretta, e quindi, o riunir due capi con qualche mezzo di sutura enterorafica, o apparecchiare ad arte un ano artificiale. Quando poi il restringimento non sia completo, nè sia chiuso il lume del canale intestinale, e possa essere dilatabile con li ajuti dell'arte, e dare quindi speranza di poter con industria chirurgica esser vinto, due sono i metodi stati consigliati a tal uopo, e che io conosca; uno appartiene al Richter, l'altro al Prof. Palasciano di Napoli.

Il Richter raccomanda di aprire l'intestino per un tratto di mezzo pollice in vicinanza dello strangolamento e sul capo superiore, là ov' esso è più largo; di allargare il restringimento con minugie organiche, e, fatta la dilatazione conveniente cercare di ridurre il viscere nel ventre. Guignard, seguendo questo metodo ⁽¹⁾ insegna d'incidere l'intestino sopra immediatamente all'ostacolo, facendo un'apertura capace di rimediare ai più gravi accidenti dell'impedito circolo intestinale, e fidando poi nella successiva dilatazione.

Il Prof. Palasciano propose, ed egli stesso mise in opera sopra diversi erniosi che gli si presentarono, un metodo molto semplice ed assai ingegnoso, e che quando l'intestino non sia obliterated, ed il restringimento non sia valido, duro, fibroide, da non potere esser vinto con violenza e forzatamente, può, credo, esser messa alla prova con frutto. Egli così lo descrive ⁽²⁾; « L'operatore, dopo avere eseguito il secondo tempo della celotomia, la incisione del collo del sacco e dell'anello ernioso, tira dolcemente fuori dall'addome il budello per la lunghezza sufficiente a mettere in evidenza il collo dell'ernia. Se il restringimento esiste, se esso è permanente, fibroso ec., procede alla dilatazione. Perciò, sospeso con una mano il budello tratto fuori, col dito mignolo o coll'indice dell'altra mano, imborsa nel restringimento la porzione superiore dell'intestino, vuol dire quella porzione che si trova più dilatata; e, sia distendendolo con le dita della mano destra sul dito inguainato, sia allontanando fra loro due dita introdotte, dilata talmente lo stringimento, come farebbesi di un guanto stretto che si volesse far calzare. L'occhio deve accompagnare la dilatazione, seguendo la sierosa del restringimento, per cessare ogni sforzo appena quella membrana minacci screpolarsi. In generale quanto più lentamente si pratica la dilatazione, tanto più efficace e potente riesce ».

« Ottenuta così la dilatazione del restringimento, si ritira la porzione imborsata, si ripone il budello per mezzo del tas-

(1) *Du rétrécissement et de l'oblitération de l'intestin dans les hernies étranglées.* — Thèse. Paris, 1846.

(2) *Gazzetta Medica delle due Sicilie.* Novembre 1857. — *Memorie ed osservazioni di Chirurgia pratica.* Napoli 1858-60. — *Annali Universali di Medicina.* Milano 1861. — *Archivio di Memorie ed Osservazioni di Chirurgia pratica.* Anno 1872-73.

side, come nel terzo tempo della celotomia, ed il resto si eseguisce come nei casi ordinari ».

Il metodo che il chirurgo può scegliere, ed avere in questi speciali casi per il migliore, dovendo essere subordinato al grado ed alla resistenza che può presentare il restringimento intestinale, vedrà egli, se meglio convenga aprir l'intestino come Ritsch, Richter e Guignard consigliano, o usare del semplice, e a me pare facile quanto originale e lodevole atto operatorio raccomandato dal Prof. Palasciano, da esso felicemente provato, e del quale si aspettano altre resultanze pratiche onde meglio ne sia giudicato il valore.

Ora occorre che io vi tenga ancora proposito di un'altra complicanza gravissima, che noi possiamo incontrare nel compiere la Erniotomia; la quale ha dato motivo ad importanti discussioni fra i Patologi e li Operatori, e nel seno stesso della Società di Chirurgia Parigina ⁽¹⁾, ed è quella dell' *ulcera proforante intestinale*, e quindi, se in questi casi di discontinuità del canale, l'intestino deve essere riposto nel ventre fidando alla natura la restaurazione di esso, oppure dev'essere mantenuto fuori nel sacco, o tenuto fisso ad arte all'interno orifizio del tramite erniario.

E prima di tutto bisogna esser ben chiari sulla entità di questo processo morboso, e considerare se possiamo aver fede nelli atti riparatori naturali, o meglio il contrario, e sia necessario prevenire i disastri e provvedere.

Quando l'intestino fu violentemente stretto e strangolato, o per sua natura trovasi molto disposto a rammollirsi, ulcerarsi e rompersi nella sua continuità, ancora se lo strangolamento non fu gagliardo ma prodotto da tessuto cellulo-fibroso duro (corde meseraiche, epiploiche ec.), allora qualche punto del canale, ove fu massima la pressione, si rammollisce e si apre. Questo processo distruttivo suole ordinariamente incominciare dalla mucosa verso la sierosa, di rado in modo inverso. Le membrane intestinali rammollite si corrodono, come nelle ulcere spontanee, per atto di scomposizione (cancrena molecolare), e l'intestino si fora, o, appena stirato, si strappa. Si noti bene che questo stesso processo ha tendenza a diffondersi ed essere

(1) 1861.

maggiore di quello che pare, e si conduce innanzi in modo affatto inverso a quello che porta alla riparazione ed alla cicatrice. Da ciò ne segue, che, riponendo nel ventre questo intestino ulcerato o rotto, anche quando è esile il pertugio, ben di rado si generano le benefiche adesioni e s'impediscono li effetti infrenabili dello stravaso nel gran sacco peritoneale, se l'intestino forato, e questo suol succedere sovente, non si arresta all'interno orifizio del canale erniario, dal quale poi sgrondano le materie intestinali formandosi la fistola stercoracea. L'intestino può presentare una sola apertura o diverse, ed essere guasto in modo che il conservarlo intero sia opera vana o pericolosa. Quando l'intestino è aperto per rammollimento acuto sofferto e per ulcera perforante, *ancorchè il foro sia piccolo*, si deve o nò reintrodurre nell'addome? Si deve aver fede nelle benefiche provvidenze della natura, o prevenire i futuri e possibili danni coi mezzi dell'arte?

Io credo guidarvi per la più savia e retta via, anche quando esiste un esile e solo pertugio, consigliandovi di non riporre nel ventre libero e sciolto il viscere, nè abbandonare al caso li effetti della lesione; i quali, se talvolta furono salutari (Velpeau), bisogna sempre temere possano riuscir fatali all'operato, senza che poi v'abbia alcun riparo per combatterli e vincerli. Questo è il giudizio dei più prudenti Clinici e d'illustri corpi Accademici che trattarono tale importante argomento di pratica operatoria spettante alla Erniotomia (¹).

E siccome il processo morboso che produce l'ulcera perforante e la facile strappatura dell'intestino per la più lieve stiratura che se ne faccia, è tale, e già ve lo dissi, da diffondere i suoi effetti di rallentata coesione organica sulle parti vicine, senza chè si possano determinare i veri confini dell'avvenuto rammollimento nelle tuniche intestinali, così in questi casi non si possono adoperare quei semplici compensi chirurgici enterorafici (la legatura ad ansa del Cooper ec.), che furono raccomandati per le piccole ferite dell'intestino, quando coll'allargare il campo della operazione, non si desse opera a larghe escisioni dell'intestino stesso trasverse o longitudinali, e quindi si cercasse di provvedere con suture speciali, quali con-

(¹) *Société de Chirurgie. Paris 1861.*

venir possano per le ferite maggiori di questo viscere o per la sua mortificazione. Nicaise ha provato ⁽¹⁾, che, sebbene la sierosa sia l'ultima membrana che si recide per ulcera interna, ancor piccola, abbia o non abbia foro, tutte le membrane intestinali intorno presentano alterazioni notevoli per rammollimento, ed è pericoloso il riporre l'intestino. Molto più poi quando l'intestino è rotto in diverse parti e largamente. Se si compie la Ermiotomia allorchè l'intestino è già ulcerato e forato, facile è trovar questo viscere vizzo e cascante, il sacco contenente gas e sottili materie intestinali che svolgono odor fetido, o queste materie uscir fuori appena fatto lo sbrigliamento, o appena si ritira alcun poco l'intestino stesso, che in questo caso è necessità il farlo; facile è pure veder li effetti di acuta flogosi manifesti per versamenti plastici in forme diverse, e persuadersi di dover fare tutti i più accurati esami sul viscere che fu strangolato per stabilire, o la convenienza del ridurlo se foro non appare, o la indicazione di assicurarlo sia nel canale, sia al suo orifizio interno, od anche di esciderlo in quella parte ov'esso è guasto ed aperto, procacciando quei mezzi che possono essere più acconci alla consecutiva riunione di esso.

Guidare dunque la natura coll'ajuto dell'arte a giovare di quei provvedimenti che possono condurre alla restaurazione dell'intestino ulcerato e rotto, e nel tempo stesso agire in modo che sia impedito colla maggiore possibile previdenza lo stravasamento di materie intestinali nel ventre, e, quando pur questo si faccia, pigli la via della ferita, ecco ciò che spetta al chirurgo di fare con i suoi atti operatori.

E per conseguir ciò come deve egli condursi, quando trovi l'intestino, per il sofferto strangolamento, ulcerato e rotto da non doverlo mai in quel modo riporre? O l'apertura è piccola e tale, che al Velpeau e ad altri dette coraggio di trascurarla come avvenuta non fosse, e deve allora mantenere l'intestino forato sia nel sacco, sia nel canale, o almeno all'orifizio interno, assicurandolo, quando si creda necessario, con un filo passato nel mesenterio. Le osservazioni di anatomia-patologica hanno oramai dimostrato, e lo indicai altra volta, che l'ansa intestinale, reintrodotta che sia, non suol dipartirsi dall'interno

(1) *Des Lésions de l'intestin dans les hernies.* — Thèse, N.º 149. Paris 1866.

orifizio erniario, ma ivi rimanere, tenuta ferma da recenti e molli adesioni. In questo caso non va tentata la riunione immediata della esterna ferita, ma va tenuta aperta per dar via alle materie intestinali, che da essa ne potessero uscire. Oppure l'ulcera intestinale è larga, l'intestino si è strappato nel ritirarlo fuori, il solco che segna lo strangolamento si è aperto per buon tratto, e vi sono su di esso più ulcere perforanti, allora questa parte d'intestino deve considerarsi come fosse cancerata, e bisogna aiutare la sua restaurazione e provvedere alla sua cicatrice, sia escidendola e facendo la Enterorafia, sia accomodandola in guisa da stabilire un ano artificiale o una fistola stercorarea, come io dirò nella Lezione che a questa terrà dietro.

E siccome in un viscere così guasto e tanto alterato, non si può fidar molto nella resistenza che presentar possono le sue pareti quando far si voglia la Enterorafia e liberamente poi riporlo nella cavità addominale, così io, seguendo quel metodo che la stessa natura in molti erniosi operati e guariti ci mostra, sono molto proclive a consigliarvi di tenerlo aperto nel tramite erniario, piuttostochè artificiosamente riunirlo con suture diverse; le quali, o potrebbero mancare del loro effetto benefico mettendo l'infermo in stato gravissimo e senza scampo, o secondo la loro qualità, dar luogo ad alterazioni consecutive molto rilevanti, nè ultima sarebbe il restringimento intestinale, del quale vi ho tenuto proposito in questa stessa Lezione.

LEZIONE VENTESIMA

Si continua a dire delle complicate della Erniotomia. Cancrena dell'intestino: come si distingue; che cosa si deve fare, quando l'intestino è parzialmente o totalmente cancrenato. Ano artificiale e Fistola stercoracea: provvedimenti operatorii per aiutarne la naturale riparazione.

Signori,

Per dar termine alla non breve serie delle complicate che possono accompagnare la Erniotomia, debbo ora occuparmi e rendervi intesi di una, che è la più grave e la più minacciosa che succeder possa allo strangolamento erniario, sulla quale richiamo tutta la vostra attenzione, ed è *la cancrena dell'intestino*, per curar la quale furono e sono sempre molto diverse e contrarie le pratiche dei chirurghi.

Che un'ernia che un chirurgo può esser chiamato ad operare, possa essere cancrenata, sia per l'acutissima flogosi da cui fu colta per il forte strangolamento da essa sofferto, sia per i violenti e rozzi maneggiamenti adoperati per ridurla nel ventre, eccettuato essenzialmente Malgaigne, che nega la cancrena spontanea, non è chi non l'ammetta. I patologi tutti ne citano esempi evidentissimi sopra ernie strangolate, che, o non furono tocche o furon maneggiate da mani esperte e delicate. Quest'esito della cancrena, o si può presumere e diagnosticare vedendo lo stato morboso in cui si trova tutto il tumore ernioso, quando si è fatto flemmonoso ulcerato, rotto, enfisematico, con fittene e placche cancrenose sulla pelle, e quando

dalle aperture esce saue, gas fetido con materie fecali sciolte; oppure si può riconoscere aperto che sia il sacco erniario, il quale talvolta non è immune dalla stessa cancrena; e questa in generale, o suol essere limitata dal cingolo strozzante e comprendere una parte di un'ansa o un'ansa intera dell'intestino ed anche lungo tratto di esso; o può essere parziale in uno o più siti diversi dell'ansa medesima con escare per grandezza e per forma variabili. Il tempo nel quale l'intestino può cancrenarsi è vario. In genere è fra il terzo e quarto giorno o più oltre dopo lo strangolamento. Talora però la cancrena è pronta a formarsi. Larrey la vide due ore dopo che l'ernia fu strozzata; Cooper dopo sei; Richter dopo otto; Lawrence dopo otto; Pott dopo ventiquattro. Scarpa dichiara, che le ernie piccole sono disposte alla cancrena più delle voluminose, ed aggiunge, che i sintomi dello strangolamento possono essere meno intensi quantunque i guasti siano gravissimi. Sanson e Vidal confermano questa opinione di Scarpa. Lo stato generale dell'ernioso, il suo temperamento, la sua età, la qualità dell'ernia ec. possono in parte dar ragione del pronto generarsi della cancrena intestinale.

Avendovi già parlato della cancrena dell'omento e del modo di provvedervi, e tralasciando di tener proposito di altri visceri dell'addome erniosi, strangolati e mortificati, dirò qui soltanto della cancrena dell'intestino. E prima di tutto vi dirò, che il chirurgo che opera deve esser cauto ed accorto a ben distinguere certe alterazioni dello stesso intestino, che lo potrebbero far creder cancrenato quando realmente non è, ed è anzi vivo e atto ad essere reintrodotta nel ventre colla speranza di vederlo ripigliare le sue proprie funzioni e l'operato guarire.

È cancrenato realmente allorchè il suo tessuto è flaccido, cascante, piegato su se stesso come carta bagnata, del color delle foglie secche, lacerabile, fetido ec. (Nélaton-Velpeau): preso fra le dita si spappola e dai fori e dalle stracciature lascia uscir gas, materie icorose e intestinali, le quali talvolta trovansi nel sacco e nei tessuti vicini, per il cui contatto insorgono e si notano li effetti dell'acuta flogosi distruggitrice, diffusi a tutto il tumore ernioso fino alla pelle. Non è poi cancrenato l'intestino quando è *teso, elastico, resistente, gonfio*; quando stirato alcun poco *resiste alla stiratura*, ed è *ingrossato nelle sue pareti*, quan-

tunque di color rosso-fosco, violaceo, livido, nerastro o nero color lavagna, o grigio cinereo; quando è *spulito, aspro, stracciato alla sua esterna membrana sierosa*, e quando pure sia *bagnato nel sacco da siero marcioso e fetido*. Questi caratteri che lo potrebbero far supporre cancerenato, non essendo esso realmente, sono dipendenti dalla flussione sauguigna varia per estensione ed intensità; dipendenti dalla infiammazione da cui l'ansa fu compresa, collegati alle conseguenze dello strangolamento che per se porta flussione e flogosi, onde esso intestino muta il suo proprio colore ed ingrossa; i suoi vasellini ingorgati si distendono, si rompono, dando luogo a punteggiature rosse a suggellazioni, a ecchimosi, e quindi a versamenti sierosi, plastici, purulenti ec., senzachè l'intestino abbia patita alcuna maniera di mortificazione. Lo stesso Scarpa ⁽¹⁾, chiama in avvertenza i pratici su quella che pare, ma che in sostanza non è cancrena dell'intestino. « Non ignoro, egli scrive, che si trova talvolta l'intestino livido e nerastro, ancorchè i sintomi di strozzamento siano stati *lenti*, e l'operazione eseguita assai per tempo. Di questi fatti ne potrei io addurre parecchi; ma ogni qualvolta in simili circostanze ho esaminata la cosa attentamente, ho trovato che quel color livido e nerastro dell'intestino non era il prodotto della infiammazione, *e meno ancora della gangrena*, ma bensì della *suggellazione*, la quale può aver luogo ancorchè l'intestino non sia stato profondamente strozzato, ma soltanto compresso; lo che rendesi manifesto da ciò che l'intestino *suggellato*, o come dicono *ecchimosato* o nerastro, conserva tuttavia la sua naturale consistenza e globosità ed attitudine a riprendere le sue funzioni dopo riposto nel ventre, mentre quello che è privo di vitalità, gangrenato e prossimo a sfacellarsi, oltrechè al primo aprirsi del sacco erniario, spira un'odore cadaveroso, è inoltre depresso, flaccido e si spoglia dell'esterna sua tunica al più leggero contatto delle dita dell'operatore; ovvero è nero e duro, o come alcuni dicono *epatizzato*, nelle quali circostanze non è più atto alla riposizione ⁽²⁾. Queste funeste circostanze

(1) Sulle Ernie. Memoria Quarta - *Sull'Ernia gangrenata e sui mezzi che natura impiega per ristabilire la continuità del tubo intestinale*. Opere cit. Parte Prima, p. 364.

(2) L'esperienza ha dimostrato, che questa che lo Scarpa chiama *epatizzazione* dell'intestino, e che è un effetto della flogosi interstiziale delle pareti di esso, non si oppone alla riposizione nel ventre, e, al pari di altra qualsiasi flogosi, può risolversi.

non devono però essere riguardate come contro-indicanti la operazione, poichè, quand' anche la mortificazione dell' intestino fosse cominciata, l' operazione sarebbe sempre il solo mezzo di salvezza pel malato, in quantochè l' incisione facilita lo scarico delle fecce per la piaga diminuisce la tensione dolorosa nel ventre, e promuove la separazione delle parti gangrenate ».

Quando dunque l' operatore, facendo l' Erniotomia, trovi l' intestino parzialmente o totalmente *cancrenato*, e la cancrena sia evidente per i segni suoi propri, come deve egli condursi e a qual partito appigliarsi onde fare il meglio che può per il povero ernioso? La pratica dei chirurghi e dei maestri nell' arte, è su questo proposito assai varia e controversa. Bisogna a due cose provvedere; prima a togliere di mezzo coll' ajuto della natura e dell' arte stessa i tessuti mortificati, ed in secondo luogo quando non si voglia tentare di ottenere la riunione immediata per opera di cuciture e di rammendi (*enterorafia*), ad apparecchiare studiamente le condizioni le più opportune e propizie, affinchè alla fistola stercoracea o all' auo artificiale che succede all' ernia intestinale cancrenata, tenga poi dietro un salutare avviamento a guarire della piaga fistolosa, e quindi si compia una salda cicatrice; la quale, oltre a sanare li effetti immediati della cancrena, valga pure a liberare il malato dal tormentoso male dell' ernia che innauzi portava, e che tanto più è molesto quanto più il tumore è antico e voluminoso. Dagl' istorici della chirurgia si narra; che il celebre chirurgo Raw, chiamato ad operare un ernioso che aveva l' ernia strangolata (1707), avendola anche trovata cancrenata, *gittò via il coltello e l' abbandonò*, dicendo, che non avrebbe potuto in alcun modo salvarlo. Anche il Dionis nel suo corso di operazioni chirurgiche (1765), discorrendo dell' ernia cancrenata dell' intestino, dichiara ed insegna, che, quando questa sia avvenuta, il chirurgo *non deve intraprendere l' operazione non essendovi allora alcuna speranza di salvare l' infermo*. Al contrario Lorenzo Nannoni, che fu chirurgo erudito, esperto e valoroso, dà per precetto, che quando l' ernia intestinale si trovi cancrenata, si deve sbrigliare incidendo il cingolo strozzante, riponendo l' intestino nel ventre e lasciando il resto alla natura! « Aperto il sacco ernioso, egli scrive ⁽¹⁾, e trovato l'in-

⁽¹⁾ Trattato delle Materie chirurgiche cit. T. II. Sez. XVII, pag. 171.

testino guasto, bisogna cominciare dall'aprire l'anulo per rilevare tutta la estensione del male. Se una sola porzione del tubo intestinale è la mortificata, sarebbe massima imprudenza farne la demolizione totale. Quel che si compete di fare in tali circostanze, è di rimetterlo nell'addome (!). La porzione che è mortificata a poco a poco si separa (nell'addome?), e l'apertura che ne risulta guarisce, attaccandosi l'intestino al peritoneo ». Con ciò vedete, o signori, che, fra l'abbandonare l'ernioso a se stesso coll'ernia dell'intestino cancrenata, e il consiglio del Nannoni di operarlo non solo, ma di sbrigliare e riporre il putrido viscere nel ventre, avvi tale opposizione di precetti pratici da destare in noi la più alta meraviglia. Nell'un caso gittar via il coltello e andarsene, nell'altro operar l'ernioso, quasichè la cancrena non esistesse, sbrigliando l'anello e riponendo nell'addome il viscere mortificato, *lasciando il resto alla natura*, cioè ad una morte quasi certa.

Un'ernia intestinale cancrenata, l'esperienza lo prova, può per se stessa guarire, aiutando coll'arte ciò che la natura prepara e favorisce, sia per il distacco delle parti morte dalle vive, sia per condurre a cicatrice l'intestino aperto. Istorie di sì fatte mirabili e straordinarie guarigioni, sono registrate, e in gran numero narrate, nei libri vecchi e nuovi di chirurgia, ed io ne vidi un caso in cui la natura fu maestra di compiuta restaurazione e di guarigione perfetta; del quale caso non vi sia grave se io vi do un piccol cenno.

Il giovane A. A. di Firenze, studente, di anni 20, piuttosto gracile di costituzione e linfatico di temperamento nato da genitori di sana tempra, aveva sempre goduto di buona salute, se si toglie che fino dalla sua nascita, aveva patito di ernia inguinale destra congenita; la quale, non contenuta mai dal ciuto, usciva e rientrava liberamente. Nel 16 ottobre del 1864, essendosi incarcerata e presto infiammata acutamente con manifesta diffusione del processo flogistico a tutto il peritoneo, mise in imminente pericolo i giorni del malato. Curato in principio il male dall'egregio Dott. Taccini, che ne referì poi diligentemente la istoria ⁽¹⁾, per un'acuta e violenta peritonitide, poichè gli

(1) Ernìa congenita inguinale destra intestinale, prima infiammata, poi strangolata e completamente cancrenata, conducendo in ultimo a guarigione completa l'infermo, del Dott. Luigi Taccini, Giornale medico *L'Imparziale*. Anno VII, n.º 7, 1867.

venne nascosto quello dell'ernia, vedeva, ad onta dei rimedi usati, l'infermo viepiù aggravarsi e precipitare. Al terzo giorno grande era la tumefazione e tensione del ventre, la febbre intensa, i dolori addominali acuti e strazianti, lingua arida, pelle secca, chiuso l'alvo, smania lamentevole e continuata e, moti convulsivi, cefalalgia, fisionomia scomposta contratta come di un moriente: osservato lo scroto era grandemente tumefatto, rosso livido, dolente. Richiesti di nuovo i genitori e lo stesso malato, se nello scroto avesse mai patito malattia, gli fu risposto negativamente. Solamente il 23 il malato stesso, che era fra la vita e la morte, avvertì il suo curante, ch'egli non dovesse tener conto della tumefazione dello scroto, perchè molte altre volte l'aveva sofferta; ed era aria, che compariva e scompariva comprimendogli la borsa. Fu allora chiarita la sede massima della malattia, ed il curante saviamente diagnosticò un'ernia inguinale destra congenita infiammata e cancerenata consociata a diffusa peritonitide, qualora, com'egli pensava, non fosse stata questa la prima scaturigine del male stesso diffusosi secondariamente al tumore ernioso. Io allora fui chiamato a visitar l'infermo, era il nono giorno di malattia (25), per dichiarare, se fosse stata opportuna la ordinaria Erniotomia, la quale rifiutai, dicendo, che se un'operazione fosse allora stata indicata, questa sarebbe stata il largo squarciamento del tumore scrotale, per dar esito ai prodotti della flogosi e alle materie intestinali per la probabile cancerena intestinale avvenuta. Infatti il giorno appresso (l'operazione, per ragioni dipendenti dal malato, non potè esser fatta subito) (26), essendo stragrande il meteorismo, le forze estreme, l'infermo quasi prossimo a morte, fu squarciato lo scroto, ch'era teso, gonfio, livido, assottigliato, e ne sgorgò marcia assai di buona qualità, e questo sgorgo diè al povero infermo grandissimo sollievo. Ora lascio la parola al Dottor Taccini; « dopo circa due giorni, egli dice, dodicesimo di malattia, sortirono dei gas e quindi delle materie stercoracee sottili, che si fecero poi più dense ed in maggior copia nei giorni susseguenti. Formatosi così l'ano anormale allo scroto, il malato divenne calmo, il basso-ventre si detumefece, la febbre e li altri fenomeni di strozzamento diminuirono, e solamente rimase una durezza flemmonosa lungo il canale inguinale: questo a poco a poco

suppurò, e mediante vasta apertura *fu estratto un pezzo d'intestino cancerenato della lunghezza di circa 9 pollici*. Si formò pure una raccolta marciosa alla parte esterna superiore destra della coscia in prossimità del gran trocantere, la quale, mediante apertura, oltre molte marcie diè sortita a vari fragmenti di tessuto cellulare cancerenati ».

« Dopo circa due mesi l'apertura e l'impiagamenti erano guariti perfettamente; il basso-ventre erasi reso trattabile ed indolente, la nutrizione si effettuava progressivamente, le defecazioni facevansi dalla apertura scrotale ».

« Però, stimolando spesso l'intestino retto con clisteri più o meno composti, dopo circa altri due mesi, cominciarono li stessi clisteri a trasportare materie grigie, biancastre, inodore, solide, che, dopo qualche tempo divennero colorite in giallo, naturali per forma ed odore. Nonostante il circolo intestinale quasi ristabilito, dalla fistola scrotale sortivano sempre materie fecali in tanta copia (benchè diminuite da ciò che erano), che il malato era costretto vuotare 5 o 6 volte al giorno una borsetta di gomma elastica, di quelle da tenervi il tabacco da fumo, che portava appesa allo scroto, per la guaina a filza che avvi in quelle borsette, e così gli era dato andare a passeggiare e salvare dalle escoriazioni la pelle dello scroto e la biancheria dallo scolo di materie fecali puzzolenti. Non essendo sufficienti li astringenti esterni ed i contatti di pietra a fare, non solo chiudere, ma diminuire il lume del pertugio scrotale, non essendo possibile tenere ravvicinati i labbri di detto pertugio situato alla parte destra e media dello scroto pensai di far fabbricare due piccoli bastoncini metallici scabri alle loro faccie interne, saldati a due branche curve, le quali, mediante una vite, si scostavano e si avvicinavano, scostando ed avvicinando così i due bastoncini che erano paralleli fra loro. Con questo mezzo si pervenne a tenere ravvicinati li orli e a poco a poco a impedire il versamento sullo scroto delle materie fecali, a far cessare il sibilo dei gas che dal pertugio uscivano con rumore e fetenti, e dopo nove mesi di costante applicazione si ottenne completa guarigione ».

Ora l'A. gode perfetta salute, non ha traccia alcuna di allentagione, e con i suoi studi letterari, onora il paese che lo vide nascere.

Ma come accade che un ernioso possa perdere per cancrena un tratto anche lungo d'intestino, senza che la morte lo colga, e possa quindi sopportare per un tempo vario e non breve un ano artificiale e una fistola stercoracea, e poi di questi mali e dell'ernia stessa spontaneamente e radicalmente guarire? Io tocco argomento, che è stato già svolto e trattato da quel gran maestro che fu lo Scarpa nella Memoria sopra citata, e poi dal Dupuytren e dai patologi che a questi valentissimi tennero dietro. Quando l'intestino ernioso e strozzato si cancrena, due fatti notevoli ed opposti possono manifestarsi; o esso, durante il processo della mortificazione, piglia adesione col mezzo di versamenti plastici e false membrane coi residui del sacco alla parte interna dell'anello erniario e al peritoneo parietale prossimo all'anello stesso, separandosi così col mezzo di queste adesioni le parti morte dalle vive, e questo è il fatto più frequente e il più benefico, e che suol essere compagno della cancrena totale di un'ansa intestinale, facendo allora queste medesime adesioni ostacolo e barriera tale da impedire il libero ritiramento del viscere nella cavità addominale, e quindi prevenendo lo stravasamento in essa delle materie intestinali e la morte dell'ernioso, quasiché la natura sia in un tempo stesso matrigna e madre, matrigna crudele quando cancrena il viscere, madre amorevole allorchè lo difende dal cagionare irreparabili danni, e, appunto difendendolo, lo apparecchia a cicatrice ed a guarigione; oppure, e questo è il secondo fatto, la cancrena si limita ed è parziale, per esempio sulla sommità dell'ansa, e l'intestino trovasi imbrigliato nell'anello che esso traversò e ove rimase strangolato, come appunto sarebbe in un'ernia semplice strozzata e non cancrenata. Allorchè mancano le interne adesioni riparatrici, là ove l'intestino si aprì la via per far ernia, bisogna allora, o aspettare che queste adesioni all'anello successivamente si compiano, abbandonando la risoluzione del male alle naturali forze medicatrici, o risolversi a escidere l'escara cancrenosa e più se ve ne sono, e quindi usare della enterorafia, riponendo il viscere nell'addome colla speranza che se ne faccia la riunione.

Quando un'ansa intestinale è tutta cancrenata, ed è essa sola che forma l'ernia, ed è depressa, stracciata, fetida, e versa nel sacco le materie che contiene, e tutto è un putridume ri-

buttante, dato che all'anello vi sia già una distinta separazione fra le parti morte e le vive, e quindi siansi stabilite le adesioni difenditrici, e tutto venga rilasciato alle naturali risorse, qual'è il procedimento patologico e salutare che segue la stessa natura, onde da se sola o con qualche ajuto dell'arte, sia da tanto da allontanare il pericolo e condur poi a guarigione perfetta l'ernioso? Il primo atto ch'essa compie in tempo piuttosto sollecito, è la separazione dell'intestino mortificato dal resto del tubo intestinale, se non sano certamente vivo, e questo pezzo d'intestino che si separa e cade può essere di un breve o di un lungo tratto di esso, seppure la cancrena non guadagnò terreno anche sopra l'anello erniario. Seguita che sia questa separazione, la quale comprende spesso delle falde di sacco e parte dell'inviluppi esterni dell'ernia, nel fondo della piaga, che diventa *ano accidentale*, abboccano e son tenuti fermi dalle adesioni i due capi dell'intestino; uno largo, teso, gonfio, serpeggiante nell'addome, e più ingorgato di sangue ed infiammato, ed è il *capo superiore o stomacale*, dal quale, o a poco a poco come trovassero intoppo, o repentinamente, prima ancora che le parti cancrenate si distacchino, sgrossano le materie intestinali e fecali; l'altro, stretto, serrato, nascosto, con angusta apertura, non facile spesso ad esser ritrovato, represso, e dal quale non sgorgano materie, ed è il *capo inferiore o anale*. Il capo superiore piglia campo nel fondo della piaga, e tanto esso si fa rigoglioso e sporgente, talvolta prolassandosi, tanto l'altro si umilia, si avvallia, si nasconde.

Quando i due capi dell'intestino sono fissi per adesioni all'anello erniario, l'ano-accidentale dura, e il malato per qualche tempo è vittima di questa schifosa infermità ributtante. Ma tali condizioni, per buona ventura, mutano, ed è allora che si apparecchia quello stato morboso propizio alla guarigione spontanea dell'ano stesso; che forma talvolta la meraviglia in chi lo vede chiudersi da se stesso, ripristinandosi le naturali funzioni, quasi l'intestino non fosse stato mai nè mozzo, nè scorciato. Ecco quali sono i cambiamenti che avvengono, e che, bene studiati dai patologi, hanno risvegliato l'ingegno chirurgico a mettere in opera speciali procedimenti operatori, valevoli ad ajutare la naturale riparazione. I due capi intestinali, sia per la resistenza e per la forza attraente che il mesenterio

deve far su di loro tirandoli a se, sia per i movimenti e le contrazioni peristaltiche dei capi stessi, che hanno tendenza a ridursi liberi nel ventre, fatto è che a poco a poco si allontanano essi dall'anello interno ove erano attaccati, traendosi dietro le false membrane, formatesi intorno insieme alli stracci residui ed alle falde del sacco erniario, costituendosi così fra l'anulo e l'intestino una *cavità nuova* non dotata di contrattilità, chiamata *ombuto*, *atrio* od infundibulo, nella quale le materie, entrando dal capo superiore, possono incominciare a pigliar la via del capo inferiore, rimanendo esso per l'ampolla formatasi un po' più libero ed aperto, specialmente se, nel non breve tempo trascorso dal principio del male, si ebbe cura, col mezzo di clisteri continuamente ripetuti, di tenere aperto questo inferior tratto del canale intestinale. L'ombuto quando l'ano accidentale guarisce, addossandosi e saldandosi su i due capi intestinali, forma la *toppa* che dipoi li riunisce, ristabilendo esso la continuità del tubo digerente. E più sollecitamente poi ristabilirebbe il circolo intestinale per le sue vie naturali, se i due capi venendo all'anello con inclinazioni diverse fino a rappresentare paralleli le due canne da fucile, ed anche accavallandosi, non dessero per necessità origine ad una piega intestinale, *lo sprone*, che trovasi nel fondo dell'infundibulo, la quale piega operando a modo di valvula o di coperchio, può anche senza aderirsi chiudere affatto il libero orifizio del capo inferiore. Essa, tagliata che fosse, metterebbe in comunicazione l'ombuto col gran sacco peritoneale, e procaccerebbe il pronto e mortale stravasamento fecale nell'addome. Ed è appunto colla distruzione dello sprone operata ad arte, cercando prima che le due lamine sierose dello sprone stesso si saldino insieme, che i chirurghi hanno potuto, usando delle pinzette compressive enterotome, aiutare efficacemente la natura a ristabilire il circolo intestinale e guarire l'ano accidentale, che senza questo speciale ajuto dell'arte, potrebbe rimaner permanente per tutta la vita dell'infelice infermo. Io ho avuto tre volte la opportunità di usare della pinzetta enterotoma del Dupuytren, per curare ani accidentali successivi ad ernie cancrenate, ed ebbi pure il conforto di veder guariti l'infermi, che, per sì brutto male, parevano condannati all'estrema miseria peggiore della morte.

Però; accadendo talvolta che la esterna piaga, nel cui

fondo sta l'ano accidentale, si chiuda troppo sollecitamente e prima che siasi fatto a sufficienza libero il corso delle materie intestinali dal capo superiore nell'inferiore per mezzo della cloaca imbutiforme, ne succede poi che queste materie si adunano soverchiamente nell'ombuto, lo inzeppano, lo distendono, risvegliando nuovi segni di strozzamento, e, qualora l'arte non provveda prontamente con profondi ed opportuni sbrigliamenti, lo rompono, precipitando l'infermo nel sepolcro. L'ombuto è sottile, non reagisce, non è contrattile come l'intestino sulle materie raccolte, e, sfiancato che sia, facilmente crepa e si straccia. Anche il soverchio e intempestivo uso del cibo o per quantità o per qualità inconveniente, a cui i malati si danno quando, per materie fecali discese dall'ano, si fanno speranzosi di presto guarire, può esser cagione di morte. Quando io era Professore di anatomia patologica all'Istituto delli studi superiori di Firenze, fui testimone di un fatto, che mi restò dipoi sempre fisso nella memoria, e che non abuso certo della vostra tolleranza, se mi permetto di narrarvelo, sperando che da esso possa venirvi frutto di pratica utilità: sarò breve.

Un giovane di 27 anni, ernioso da 15, fu il 21 agosto 1842 condotto allo spedale di S. Maria Nuova ed affidato alle cure del Prof. C. Paoli, amico mio carissimo, il quale è stato cortese di farmi rileggere questo istorico documento, ed al quale rendo le più sincere grazie. Egli aveva un'ernia inguinale destra (bubbonocele) strangolata e ribelle al taxis incruento. Bisognò sottoporlo alla Erniotomia: l'intestino era adeso tutto al sacco da permettere appena lo sbrigliamento; fu irreducibile e quindi convenne lasciarlo fuori: calmati i segni dello strangolamento insorsero fenomeni gravi flogistici combattuti fruttuosamente con salassi locali e generali: al secondo giorno dopo l'operazione fu trovato aperto l'intestino, dal quale sgrondavano materie liquide, scure, fetenti: l'apertura intestinale era notevole e posta alla parte superiore ed esterna dell'ansa intestinale. La quale ansa fu dal curante fatta mortificare per mezzo di una prima e di una seconda legatura di essa. L'ano artificiale era completo; una candeletta passava nel capo superiore, un'altra nell'inferiore dell'intestino: il dito introdotto per la ferita sentiva teso lo sprone. Il Prof. Paoli volle tentare la cura colla pinzetta del Dupuytren e vi riuscì, e fu il primo

in Firenze, ch'io sappia, ad eseguirla. La pinzetta che stringeva e cancrenava lo sprone, rimase in sito per cinque giorni, poi cadde trasportando un escare di 11 linee e permettendo con una candeletta di passare liberamente dal capo superiore nell'inferiore senza l'ostacolo dello sprone. Però le materie fecali seguitarono a uscire dalla ferita, e per 10 giorni: pareva che l'operazione non avesse portato profitto: ma dopochè sull'ano accidentale fu posto un delicato cinto erniario a molla, prima uscirono dall'ano normale molti gas, poi materie fecali in copia e ripetutamente nello spazio di poche ore. Il malato ne fu così lieto e tanto si inebriò di questo successo, che credendosi guarito, volle solennizzare questa guarigione, crapulando: mangiò a crepapelle cibi duri e difficili a digerirsi, fino li uccellini arrosto colle ossa, bevve vino e puro: infelice! presto fu punito del suo gozzovigliare. Nelle prime ore della notte fu preso da violentissimi dolori di ventre, da vomito, da singhiozzo, da diarrea per le vie naturali: i polsi si fecero piccoli, esili, filiformi, un freddo sudore coperse il corpo, la fisionomia si decompose, e dopo 11 ore di orribili patimenti, cessò di vivere. Io ne feci l'autossia; temevasi che l'intestino, che era parte dell'ileo, si fosse rotto, e che fosse avvenuto un versamento nel peritoneo: ciò non era. Il capo superiore dell'intestino era guasto per infiammazione sofferta e disteso molto da materie intestinali sciolte. Effetti di flogosi erano pure sulle anse intestinali, sul peritoneo, sul mesenterio ec. I due capi erano adesi all'orifizio interno del canale inguinale, e fra loro erano accavallati, il capo inferiore era in alto ed in fuori, il superiore in basso e in dentro, che è il contrario di ciò che ordinariamente suole osservarsi; mancava a fessura una parte dello sprone. Quel disgraziato era perito per acutissima entero-peritonitide eccitata da cibo soverchio.

Qui non è l'opportunità di trattenervi, o signori, sulla cura chirurgica dell'ano anormale o accidentale in genere, ciò che fanno tutti i trattatisti moderni di chirurgia e fecero molti chirurghi del passato secolo. Ma potendo questo nuovo emissario delle fecce avvenire per ernia intestinale cancrenata, per ciò appunto ve ne parlo. Esso può guarire spontaneamente, e ne mostrai con brevi cenni il naturale procedimento e la qualità e l'importanza dei processi riparatori e restauratori, per mezzo

dei quali, dopo uno sfacelo sofferto, le intestina si possono saldare. Quando non si preferisca di provvedere alla cancrena dell'intestino parziale, e generale che sia, col mezzo della Enterorafia e far così la cura immediata, ma invece si creda migliore partito il coadiuvar la natura onde il circolo intestinale si ristabilisca spontaneo, bisogna avere le seguenti avvertenze; 1.^o quella di procurare che le materie scendano presto ed in copia dal capo superiore e quando questo non avvenga, aiutarne la uscita con siringhe, sbrigliamenti ec.; 2.^o di cercare che l'intestino rimanga fisso all'anello, onde si compiano benefiche adesioni, senza le quali non vi potrebbe essere spontanea guarigione dell'ano accidentale, quindi essere delicati in ogni atto operatorio reso necessario, nè fare per qualunque siasi ragione prova di reintroduzione, lasciando alla natura il ritiramento anche di parti prolassate; 3.^o di mantenere sempre pervio il capo inferiore anale col mezzo di siringature delicatissime ed iniezioni e di clisteri giornalieri, quantunque in apparenza possano sembrare infruttuosi; 4.^o di non darsi premura in principio di chiudere o di comprimere l'apertura anale accidentale, ma anzi, quando si restringa soverchiamente, cercare di tenerla aperta e dilatata; 5.^o di non darsi cura anzi astenersi dalla applicazione intempestiva e sollecita di pinzette entorotome qualunque, e finchè non si veda che la natura, dopo un non breve tempo trascorso, da se stessa non basta a guarire: 6.^o di usare della cura chirurgica, distruggendo parte dello sprone, quando le aderenze siano consolidate, formato l'ombuto, se ha potuto formarsi, e quando si può esser certi, che il solo sprone è l'ostacolo, invincibile dalle sole forze naturali, affinchè il circolo intestinale si compia per le vie consuete e normali. Avvertendo a queste norme, più tardi si ajuterà la natura col l'aprire un varco nello sprone, e più ne sarà allora probabile il buon successo.

Ora mi corre l'obbligo di rendervi informati delle operazioni intraprese dai chirurghi del passato e del presente secolo col fine di provvedere al tristo caso dell'ernia intestinale cancrenata, e quindi dell'ano accidentale, o della fistola stercoracea che ne derivano, non potendo senza ribrezzo aver sentito come il Raw, trovata cancrenata un'ernia, gettasse via il coltello e crudelmente abbandonasse il povero ernioso, nè appro-

vare in alcun modo la cinica condotta di coloro, i quali, giudicando di cancrena avvenuta, senza neppure aprire il tumore ernioso, tenendo il malato per morto, lo lasciano in preda alle sole naturali risorse. Di questo argomento terrò proposito nella lezione seguente.

LEZIONE VENTUNESIMA

Operazioni consigliate per curare le conseguenze dell'ernia intestinale cancrenata. Formazione di un ano artificiale permanente. Compensi diretti a toglier lo sprone, affinchè le materie intestinali riprendano il loro corso. L'enterorafia in soccorso dell'ernia intestinale cancrenata. Se occorra sbrogliare quando l'intestino si è aperto largamente. Casi nei quali si dee procurare la riunione colla enterorafia o la riunione immediata. Casi nei quali si dee lasciare alla natura la riunione mediata, ajutandola coll'arte.

Signori,

Le operazioni tutte consigliate per curare le conseguenze dell'ernia intestinale cancrenata e principalmente l'ano accidentale che ne deriva, sono di tre categorie; 1.^a Quelle che mirano a stabilire permanentemente, ove si è fatto, lo stesso ano accidentale, rinunciando al ristabilimento normale del circolo intestinale, e condannando l'ernioso a tenere per il tempo che ancor gli dura la vita, uno schifosissimo male che lo imbratta di sterco e lo rende fetido e ributtante; 2.^a Quelle che ebbero ed han per oggetto di secondare ed ajutar la natura onde il circolo si ristabilisca e l'ano accidentale si chiuda; 3.^a Quelle, le quali, recise affatto le parti cancrenate, han per fine d'invaginare, rimboccare, insaccare, cucire e rattoppare immediatamente il canale intestinale, e così cucito, rammendato e accomodato, riporlo nel ventre, fidando che la riunione si faccia. Discorrendo di queste diverse operazioni, io non potrò, per la vastità delli argomenti, comprendere tutto quanto si riferisce alla cura dell'ano accidentale ed alle risorse dell'enterorafia. Solo dirò quanto potrà esser utile all'argomento che tratto, ch'è

la cura chirurgica dell'ernia cancrenata e specialmente della cancrena di una o più anse intestinali il cui risultato condurrebbe alla formazione dell'ano accidentale. E siccome i chirurghi dei tempi nostri non permetterebbero mai, che, per guarire l'ernia intestinale cancrenata, si chiudesse il capo inferiore dell'intestino, e si togliesse all'infermo ogni speranza di sanazione, così su due metodi deve arrestarsi il pratico; o lasciare il male a se stesso fino al punto che possono convenire le pinzette enterotome per distrugger lo sprone; o escidere, tagliare, separare il morto dal vivo, cucire, rattoppare e riporre nel ventre l'intestino colla speranza che si compia la riunione e si formi una solida cicatrice.

A. *Formazione di un ano permanente e incurabile ove si produsse l'accidentale.* Il primo a formare ad arte un'ano permanente, ove per l'ernia intestinale cancrenata se n'era aperto uno accidentale, fu Littre ⁽¹⁾. Egli, dopo avere esciso le parti cancrenate, si risolse di fissare all'anello erniario con tre punti di sutura il capo superiore, *legando il capo inferiore anale e mettendolo affatto fuor d'uso.* L'operazione ch'ei fece ebbe buon esito, sebbene il malato non ne potesse mai esser contento, e molti lodarono l'operatore portando a cielo la sua pratica ingegnosa e maravigliosa. Ma come a un tratto distinguere il capo superiore dall'inferiore e legar con sicurezza questo in vece di quello? perchè legare questo capo col pericolo di far risvegliare i fenomeni gravi dello strangolamento? E come mai avere la temerità di condannare un povero malato a portare un ano accidentale per il resto della sua vita, e tenersi addosso una infermità schifosissima, sottraendolo affatto alla possibilità e alla fortuna di poter naturalmente guarire? L'operazione di Littre fu crudele e condannabile. E crudele fu pure quella del Lapeyronie ⁽²⁾; il quale non legando il capo inferiore dell'intestino, lo cuciva però all'anello col superiore, e cucendolo, rendeva quasi impossibile che il circolo intestinale si ristabilisse. Migliore molto era la pratica del Ledran ⁽³⁾, poichè questi, dopo aver escisi i tessuti mortificati, e dopo avere sbrigliato, lasciava affatto alla natura

⁽¹⁾ *Mém. de l'Acad. roy. de Sciences.* Paris 1700.

⁽²⁾ *Histoire de l'Académie de Chir.* 1723, et *Mémoires de l'Académie. Roy. de Chir.* 1743, T. I, pag. 337.

⁽³⁾ *Observ. Chirurgicales.* cit. *Observ.* LX.

il provvedere alla completa risoluzione del male. Nel passato secolo molto i chirurghi si occuparono della cura dell'ernia cancrenata e principalmente il Louis, leggendo importanti Memorie all'Accademia di Chirurgia di Parigi ⁽¹⁾, e molti pure adottarono il partito inconveniente di cucire il capo superiore, o ambedue i capi dell'intestino all'anello erniario. Così consigliarono e fecero Heister ⁽²⁾, B. Bell ⁽³⁾; il quale, scorrendo dell'ernie cancrenate, dice; che per prevenire lo stravasamento nel ventre e la morte dell'ernioso, bisogna procurare colla sutura di fissare il capo superiore dell'intestino sano all'esterna ferita, e così fecero altri molti senza che io ne citi la lunga litania. Questo metodo, che toglieva all'ernioso ogni scampo di guarire, fu al principio del corrente secolo la Dio mercè affatto abbandonato e riposto fra i vecchi istorici documenti.

B. Non così fu di quei compensi che mirarono e mirano con atti operatori ad ajutar la natura, onde farla libera da quel massimo ostacolo per guarire che è lo sprone, e affinchè le materie intestinali, squarciato che esso sia, possano dal capo superiore versarsi nell'inferiore deviando dalla ferita. Questo progresso per la cura chirurgica efficace e radicale dell'ano artificiale, fu frutto delli studi di anatomia patologica sovr'esso fatti.

Già il Desault ⁽⁴⁾, colla compressione diretta sullo sprone, eseguita per mezzo di un lungo e grosso lucignolo di fila legate nel centro, di cui un capo lo insinuava nel superiore e l'altro nell'inferior capo intestinale, mettendo e accomodando a cavallo questo stesso lucignolo sullo sprone medesimo, e quindi chiudendo e comprimendo con un piumacciolo l'esterna apertura, aveva aperta una nuova via atta a ben curare l'ano artificiale. Il lucignolo, oltre ad abbassare lo sprone, serviva pure da conduttore alle fecce più liquide, trasportandole per le sue naturali vie. Invece del lucignolo, altri adoperarono un pezzo di siringa, altri altro pieghevole condotto, capace di essere insinuato e mantenuto nei due capi dell'intestino.

Dupuytren, prima di pensare a cancrenare lo sprone colla

⁽¹⁾ Tomo III, pag. 149 et suiv.

⁽²⁾ *Istitut. Chir.* Parte 1.^a Lib. I, Cap. VII.

⁽³⁾ *System of Surgery*. V. I. *Of Herniae*. Edim. 2.^o Edit. 1790, pag. 338.

⁽⁴⁾ *Journal de Chirurgie* T. I, pag. 186 — *Oeuvres Chirurgicales* T. II, pag. 352.

sua pinzetta enterotoma, aveva immaginato di respingere e comprimere lo sprone con una mezza-luna di avorio a gruccetta, smussa alle punte e su gli orli, sostenuta da un fusto, e questo impiantato in una placca ovoide, concava appena, ed alla quale potevano essere infilati dei lacci onde fissarla al bacino. Però l'apparecchio non potendo rimaner fermo e cagionando dolori e nausee, fu dallo stesso inventore messo da parte.

Il primo a proporre una operazione per squarciare lo sprone, e render libero il passo alle fecce, fu Schmalkalden ⁽¹⁾. Egli propose di forare la base dello sprone con l'ajuto di una tenta solcata aguzza, condotta prima nel capo inferiore, e la cui punta, dopo aver traversato questa piega intestinale, dover entrare nel capo superiore. Ivi il dito lo sente e la ferma, e, conducendo nella solcatura un coltelletto retto e sottile, la taglia, operando nel modo stesso che si farebbe per una fistola anale. Questo metodo così descritto da Laugier all'articolo *Ano contro natura* nel *Nouveau dictionnaire de Médecine et chirurgie pratiques par Taccaud* (pag. 702), è imprudente e pericolosissimo. Chi potrebbe assicurare, quando si taglia, che le due pareti intestinali che formano lo sprone siano realmente adese colle loro faccie sierose? E, quando non lo fossero, chi non vede ad evidenza, che le materie fecali si verserebbero subito nel sacco peritoneale e ne avverrebbe la morte? E quando pur l'adesione vi fosse, basta poi la sola incisione dello sprone a far in esso una breccia tale da mantenersi anche con l'ajuto di corpi estranei intromessivi? Alcuni valenti scrittori di Chirurgia dicono, che Schmalkalden non tagliasse lo sprone, ma lo legasse con un laccio, stringendolo via via fino a che non cadesse. Io non ho potuto consultare la dissertazione di questo chirurgo, e solo dico, che quando la legatura fosse anteposta al taglio, sarebbe più razionale, e meno pericolosa. Oggi forse per questa sezione si adopererebbe l'elettro-caustica. La operazione del chirurgo Alemanno quale essa si fosse fu provata poi dal Physick di Filadelfia (1809) e dallo stesso Dupuytren (1823).

Tali tentativi tendenti a distruggere lo sprone, ed ai quali bisogna pure aggiungere l'escisione a V fatte colle forbici (Rayé) e le scarificazioni e incisioni multiple sull'orlo di esso

⁽¹⁾ *Nova methodus intestina uniendi* Dissert. Vitel 1798.

(Dupuytren), non avrebbero portato gran frutto, qualora lo stesso Dupuytren non avesse immaginato un'istrumento capace di afferrare lo sprone, stringerlo, cancrenarlo nella sua parte media e sporgente, assicurando così quanto era possibile l'infermo dallo stravasamento consecutivo nel basso-ventre.

La pinzetta enterotoma del Dupuytren è fatta da due branche metalliche, rette, lunghe ondulate alli orli che si toccano, parallele, decussabili nel mezzo: una di essa, che è la maschia, entra nella fessura dell'altra, che è la femmina: quando si aprono o si chiudono, restano sempre parallele. Si separano fra loro al pari delle branche del forceps, e come quelle si sconnettono e si riconnettono: una vite, che è ad una delle estremità di una branca, e che, col mezzo di un fusto metallico si congiunge all'altra, serve a chiudere ed aprir lo strumento. Il quale quando si adopera, separate che siano le branche, ed una introdotta nel capo superiore, l'altra nell'inferiore, si stringono ravvicinandole, e si cerca di afferrare tanto di sprone quanto ne soverchia nel fondo dei due capi. La pinzetta resta in sito per cinque, sei, otto giorni stretta via via, poi vacilla, indi cade, traendo seco l'escare ch'essa ha formata stringendo. Il circolo intestinale suole presto ristabilirsi, e l'ano artificiale chiudersi. Dopo la pinzetta del Dupuytren, quante mai non ne furono immaginate! Abbiamo quella del Liotard, del Delpech, del Reybard, del Blandin, del Bourgery, del Lotz, del Rigaud, dell'Alquier, del Nélaton, e quella pure, ed è cauterizzante, del Laugier. Su questi istrumenti diversi non è mio scopo trattenermi per paragonarli fra loro, e considerare di ciascuno i rispettivi pregi e difetti.

Dirò invece, che anche quando lo sprone è aperto, e che le materie intestinali ripassano dal capo superiore nell'inferiore, l'esterna piaga può rimanere aperta e seguitare sempre a dar via alle fecce con grande rincrescimento del curante e del malato. Onde poi chiudere questa piaga sono state con varia fortuna adoperate la *compressione*, le *scarificazioni*, la *sutura*, l'*autoplastica* ed altri mezzi unitivi atti a rimediare alle parti mozzate e mutilate, e a quelli indurimenti e ingrossamenti della cicatrice, che tanto frequentemente sogliono accompagnare l'ano artificiale.

C. Le ferite delle intestina, fino dai più remoti tempi e specialmente nei medio-evali, risvegliarono l'attenzione dei pra-

tici, e per guarirle e saldarle cucendole immediatamente, furono immaginati compensi vari diversi ed anche ridicoli. Quando la ferita intestinale era trasversa i Quattro Maestri, introducevano nei due capi una carta da giuoco inumidita e arrotolata o una trachea d'agnello rammollita, imbevuta nel bianco dell'ovo, sulla quale cucivano i due capi, e, cuciti che fossero, li riponevano nel ventre. Altri consigliarono altri corpi estranei, quali un tubo di sambuco, un pezzo d'intestino ec., onde con essi ristabilire temporaneamente la continuità intestinale. L'intestino ferito si faceva anche mordere dai formicoloni; i quali, fatta che fosse la riunione, venivano tagliati sopra del loro corsaletto lasciando in sito le teste che con le loro robuste mascelle stringevano e chiudevano la ferita. Fabbrizio d'Acquapendente⁽¹⁾ condanna al suo tempo l'uso dei corpi estranei nelle ferite intestinali, e così dice: « Alcuni hanno così poco buon senso da mettere nell'intestino, prima di cucirlo, una cannula di sambuco, un pezzo di trachea di un animale, o un pezzo d'intestino, temendo che il passaggio delli alimenti stracci la sutura. Ma questa è una cattiva pratica, poichè l'imputridimento di questi corpi estranei farebbe per se solo perire il malato ».

Era dunque naturale che l'enterorafia, conosciuta ed applicata dai vecchi nostri chirurghi per le ferite delle intestina, venisse pure in soccorso dell'ernia intestinale cancrenata; e, quando si fossero recise le parti corrotte, si procacciasse subito di riunire le sane, ristabilendo il circolo intestinale, e ciò per mezzo della cucitura in varie guise condotta. Il primo a tentare questo compenso nel modo il più solenne e meraviglioso, tanto per la gravezza e difficoltà della operazione, quanto per il frutto che da essa ne venne felice, fu il Ramdohr Medico del Duca di Bruswich (1727); il quale, avendo eseguita sopra una donna la Erniotomia, ed avendo trovato l'intestino cancrenato per molto tratto, lo recise e fece entrare il capo superiore di esso nell'inferiore, unendo destramente le parti sane col filo, e riponendole nell'addome in modo che rimanessero vicine alla esterna ferita. La donna guarì, e visse bene per un anno, morendo poi per acuta pleuritide. Aperto che fu il di lei cadavere, si vide saldo il coalito dell'intestini là ove

⁽¹⁾ *De Vulneribus* Cap. 26.

erano stati divisi, e questi furono trovati adesi alla parete addominale nel luogo dell'ernia. Il pezzo patologico importantissimo fu conservato poi dall'Heister, a cui il Ramdohr volle donarlo ⁽¹⁾.

Questa operazione menò grandissimo rumore fra i chirurghi, invogliò altri (Nolleson, Hermans ec.) a ripeterla, spinse Louis a modificarla, consigliando di tagliare il mesenterio rasente il capo superiore e per quel tratto ch'esser deve invaginato; di aspettare alcune ore a fare l'invaginamento onde esser certi qual sia realmente il capo superiore, e questo vuotare delle materie che contiene per diminuirne il calibro, ed affinchè il capo più largo e più dilatato possa con minore difficoltà entrare nel più stretto e contratto, condannando egli l'uso di tubi speciali cacciati dentro e accomodati per sostenere l'intestino e sovr'esso cucirlo ⁽²⁾.

Si comprende da ciò, come, dopo la felice prova fatta dal Ramdohr, della cucitura dei due capi dell'intestino invaginati, l'*enterorafia* pigliasse posto fra le operazioni atte a curare la cancrena intestinale tanto parziale quanto generale, e perciò appunto si accrescesse quel numero straordinario di metodi e di processi che ad essa si riferiscono, e che ebbero principio dal bisogno di curare le ferite delle intestina.

A me ora non par conveniente spingermi a descrivere questi stessi metodi e processi, che voi, o signori, potrete conoscere e valutare nei più recenti Trattati di chirurgia e di operazioni chirurgiche, e specialmente consultando il pregiatissimo libro di Amabile e Vernicchi da me più volte citato, ed ove essi sono, anche in tavole sinottiche, esposti chiaramente ed illustrati.

Quello che dir vi posso per l'argomento che vò trattando questo è; 1.° che l'*enterorafia* può convenire più specialmente per la cancrena parziale che per quella totale dell'intestino, particolarmente quando questo si è adeso per flogosi all'interno orifizio dell'anello erniario ed in modo, che quando cucir si

(1) Della operazione fatta dal Ramdohr rese conto il Meebins nel 1730 (Helmstad) in una dissertazione su vari fatti di Anatomia e Chirurgia (Obern. XVIII). Essa è stata ricordata dall'Heister nelle sue Istituzioni di Chirurgia, e poi fu ristampata dall'Haller nel 6.º volume delle dissertazioni.

(2) *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie* T. II, IV, VIII.

dovessero i due capi intestinali secondo i metodi di Jobert, di Gely ec., bisognerebbe, onde renderli liberi, disfare e sciogliere codeste aderenze che la natura quasi sempre apparecchia quando un ansa intestinale si è tutta cancrenata, e che costituiscono uno dei mezzi organici più efficaci e necessari ad ottenere la guarizione spontanea dell'ano artificiale; 2.^o Che, quando cucir si debbano e si vogliano le intestina, eliminate col taglio le parti cancrenate, meglio è colla sutura mettere a contatto le superfici sierose fra loro, piuttosto chè le sierose colle mucose; le quali membrane potendosi pure insieme saldare e cicatrizzare, ciò fanno più difficilmente atteso la loro diversa tessitura e li uffici loro, l'una separando siero che si presta efficacemente alle adesioni conglutinandosi, l'altra muco che vi contrasta e quasi rifiuta le adesioni medesime. Infatti se due sierose s'infiammano, nè vi sia abbondanza di versamento liquido, esse facilmente si attaccano insieme in modo organico e permanente; mentre, se un canale mucoso non dà più via alle materie che dovrebbe contenere, raro è che si chiuda, e di questo ne abbiamo una prova nello stesso ano artificiale, il quale guarendo anche dopo lungo tempo trascorso, non trova in genere impedimento, affinchè le materie intestinali passino dal capo superiore nell'inferiore dell'intestino, e quindi si ristabilisca in modo normale la loro circolazione.

D. Continuando in queste considerazioni sull'ernia intestinale cancrenata, per dar termine alle medesime, io debbo occuparmi di due argomenti importanti e sono; 1.^o Nell'ernia cancrenata, allorquando l'intestino si apre largamente o si escide, si deve sempre fare lo sbrigliamento del cingolo strozzante o dell'anello erniario?; 2.^o trovando un ansa intestinale tutta cancrenata, è miglior partito esciderla, riunire colla sutura i due capi intestinali riponendoli nel ventre, oppure lasciare il male a se stesso colla speranza che possa guarire colle sole forze della natura, ajutate dall'arte anche operatoria?

a. Chi oggi potrebbe coscienzaosamente darvi il consiglio, che dettero già pratici valenti delle vecchie e delle nuove scuole, quali Ledrau, Scarpa, Velpeau ed altri molti, di sbrigliare sempre il colletto del sacco erniario e l'anello nel caso di ernia intestinale cancrenata, come si farebbe in una semplice ernia strozzata? Chi non vedrebbe in questo precetto scrupolosamente

seguito quanto esso potrebbe essere *inutile* e *pericoloso*? Inutile, quando le materie intestinali, squarciate le parti cancrenate, scendono liberamente dal capo superiore per la ferita, non restano insaccate, non mantengono i segni dello strangolamento; pericoloso poi, giacchè, sbrigliando di fuori o di dentro, si potrebbero col taglio o coi tagli, incidere e sciogliere quelle benefiche adesioni che la natura forma, e forse anche collo stesso inutile sbrigliamento, favorire e procacciare il versamento delle fecce nella cavità addominale per uno spiraglio che si producesse e che aprisse loro la via, spalancando all'infermo il sepolcro.

Dimanieratalechè la necessità dello sbrigliare non è assoluta, bensì subordinata alla maniera più o meno facile colla quale avviene lo sgorgo delle materie, e qualora esso si faccia piuttosto liberamente, questo sbrigliamento è inutile. Si ajuti sì lo sgorgo stesso colle siringhe, colle supposte, colle iniezioni, e con tutti i modi più delicati di dilatamento adoperati sul capo superiore intestinale, ma quando esso si faccia, ci si astenga assolutamente dallo sbrigliare. Quando poi lo sbrigliamento si renda necessario, non mi parrebbe conveniente l'eseguirlo nel modo ordinario fra il viscere cancrenato ed il cingolo strozzante, giacchè allora e per necessità bisognerebbe sciogliere quelle aderenze che la natura pose per separare le parti morte dalle vive, ma meglio sarebbe lo sbrigliare soltanto l'anello fibroso, e questo consigliavano molti illustri patologi e recentemente il chiaris. Prof. Minich di Venezia amicissimo mio ⁽¹⁾; oppure imitare l'ardita pratica di Arnaud, il quale, introdotto il dito indice nello intestino superiore squarciato, incideva questo di dentro con piccoli e ripetuti tagliuzzi. Facendo nell'una o nell'altra maniera, si può togliere lo stringimento che subisce specialmente il capo superiore dell'intestino, e rispettare le aderenze, che debbono poi servire coi residui del sacco a formare l'imbuto o l'infundibulo. Nel caso poi, ed è ben raro, che l'intestino cancrenato fosse sempre libero e sciolto nè ancora adeso al colletto erniario, come suol essere in ernia semplicemente strangolata, non crederei ben fatto lo sbrigliare nel modo ordinario e molto meno seguire

⁽¹⁾ *Giornale Veneto delle Scienze Mediche*, 1865, pag. 414.

la pratica dell'Arnaud, perchè nel primo caso si toglierebbe alle adesioni l'agio di compiersi liberamente, e presto si formano, e nel secondo, perchè sbrigliando di dentro l'intestino, si aprirebbe subito la strada allo stravaso nel ventre. Meglio sarebbe in questi casi speciali, che possono per necessità reclamare lo sbrigliamento, eseguirlo di fuori, farlo extra-peritoneale, incidendo fino al sacco, e tagliando pure l'anello fibroso e parte ancora dell'aponevrosi che lo forma. Infatti il Richter nel suo pregievolissimo *Trattato sulle Ernie*, al §. 249, dimandando a se stesso, se l'ernie intestinali cancrenate debbono o no essere sbrigliate, così scrive « quando l'ernia intestinale si cancrena, ed è piccola, l'intestino si trova dietro l'anello ove ha contratto delle aderenze durante lo strangolamento. Quest'ernia è interamente cancrenata e si apre da sè. Non deve reintrodursi, nè fissarsi col filo l'intestino, nè è necessario alcuno sbrigliamento. Lo strangolamento è sciolto colla cancrena ».

Ed invero, se la cancrena dell'intestino che fu strangolato obbliga il Chirurgo a squarciarlo anche largamente e ad esciderlo, e se per questo squarciamento che vien fatto, le materie possono fluire per la ferita, e l'infermo trovarsi a un tratto riavuto e tolto ai suoi strazianti patimenti senza fine crudeli, a che giova lo sbrigliare? Lo sbrigliamento dunque deve essere riserbato a quei casi soltanto, in cui il capo superiore dell'intestino, per essere troppo ristretto ed angusto, non permette ch'esso si possa vuotare ad onta delle sonde ed altri mezzi impiegati per dilatarlo, e quindi questo sbrigliamento, fatto sempre in modo particolare, deve considerarsi come eccezionale, non mai come un bisogno assoluto dell'ernia intestinale cancrenata.

Allorquando l'operatore s'imbatta a veder cancrenata in totalità un ernia dell'intestino che rimase per alcun tempo strozzata, la prima sua cura, messo allo scoperto l'intestino corrotto, debb'essere quella di esaminare attentamente i confini della mortificazione, i quali in genere sono segnati dalla sede dello strangolamento. Lavate poi che abbia bene le parti, deve considerare, se l'ansa essendo piccola può bastare lo squarciarlo soltanto, e questo lo faccia; oppure, se, per la estesa e general cancrena di un lungo tratto d'intestino, sia miglior partito l'esciderlo, ciò ch'egli può fare colle forbici o col coltello, cer-

cando che il taglio cada sui tessuti morti e non sui vivi o in una direzione che sia trasversa a quella del tubo intestinale. L'escisione non ha in questo caso la indicazione di separare affatto l'intestino morto dal vivo, bensì quella di toglier di mezzo un putridume fetido e molesto. E questo egli far deve, quando non creda giovarsi della riunione immediata, ma attendere colla mediata alla cura ed alla guarigione del male. E farà pure di riconoscere i due capi dell'intestino, esplorando il superiore onde apparecchiarlo a vuotarsi senza l'ajuto dello sbrigliamento. Nelle quali esplorazioni gli sarà anche facile il riconoscere, se i due capi intestinali abbiano già prese adesioni coll'interno orifizio dell'anello erniario e col colletto del sacco. Dato che l'intestino, inciso od esciso che sia, si vada vuotando, dovrà attendere che abbia tregua lo sgorgo delle materie intestinali, e lavando e rilavando sempre con fini e delicate spugne, medicar poi la ferita, sovrapponendovi una sindome unguentata o intrisa nell'olio di mandorle dolci, sulla quale porrà faldelle di finissime fila o altro che asciughi, e tutto farà contenere con una semplice fasciatura che tenga e non stringa. Le medicature debbon essere frequenti, stabilito che sia l'ano accidentale, e fino a chè l'ano stesso non mostri voler guarire naturalmente, o sia giunto il tempo opportuno per aprire lo sprone e con l'arte ajutar la natura.

b. Quando si trovi cancrenata una parte d'intestino che fu strangolato, è egli meglio procacciar subito la riunione immediata e fare la enterorafia, oppure gioverà più all'infermo lasciare il male alle risorse benefiche della natura ajutata dall'arte? Distinguo il caso della cancrena limitata e parziale, da quello di una generale mortificazione di tutto l'intestino fuoriuscito e strozzato.

Quando si vegga che l'escare cancrenosa sia ben circoscritta, della grandezza per esempio di un centesimo, o a striscia prolungata lungo la curva maggiore del viscere, o in altra forma qual siasi sempre limitabile e non distesa per molto tratto di esso, allora, escidendo sul vivo le parti mortificate, può convenire e può essere consigliata la cucitura e la immediata riunione. Non sarebbe certamente questo il caso da obbligare ad aprire un ano accidentale o una fistola stercoracea, quando colla sutura, non solo si può evitare di tenere aperto l'int-

stino, ma si può giustamente sperare di poterlo chiudere e cicatrizzare.

Qualora poi un'ansa intera o maggior tratto del viscere sia caduto in cancrena ⁽¹⁾, e siansi già stabilite le aderenze separatrici e riparatrici fra le parti vive e le morte, e queste aderenze siansi fatte nella sede dello strangolamento; quando per far la sutura e mettere insieme i due capi dell'intestino mozzo, sarebbe necessario sciogliere e distruggere queste stesse aderenze onde abboccarli, invaginarli, ripiegarli, cucirli, allora io non potrei consigliarvi di anteporre la enterorafia alla riunione mediata che la natura procaccia, passando pure per la via tormentosa e molesta dell'ano artificiale schifoso e ributtante. Ma l'ano può guarire spontaneamente, e con quei soccorsi dell'arte che aiutano a farlo guarire, ed il malato lasciato a sè stesso correrà certamente minori pericoli in confronto di quelli che lo circondano quando sia stato in questi casi sottoposto al difficile e complicato atto operatorio della sutura, riunendo i due capi mozzi dell'intestino.

Questa pratica prudente di non cucire le intestina, appoggiata sulla lunga esperienza comparativa circa il valore e l'esito di questi due metodi (riunione immediata e mediata), credo sia quella essenzialmente raccomandata dai più valenti clinici, che ora hanno il governo dell'arte chirurgica. Richter ⁽²⁾ aveva già avvertito; che il chirurgo si condurrà saviamente, quando, invece di usare della Enterorafia, abbandonerà affatto alla natura la riunione dei due capi recisi dell'intestino, nè colle sue operazioni disturberà e distruggerà ciò che la stessa natura produsse coi suoi salutari effetti, questo essendo il giudizio dei pratici più illuminati, confermato sempre da infinito numero di osservazioni e di fatti. E si noti che Richter questo

⁽¹⁾ La estensione dell'intestino mortificato può esser variabile. Si citano casi di otto pollici (Marschall), di dieci (Rousselet), di dodici (Ledran), di ventidue (André), da quattro a cinque piedi (Mery). Fuun vide la cancrena del cieco colla sua appendice vermiforme, della parte inferiore dell'ileo e dieci pollici del colon; tutti i visceri cancrenati caddero e il malato guarì, serbando un ano artificiale. La osservazione di Pietro Westinch sorpassa tutte le altre: la cancrena aveva distrutto ottantadue pollici d'intestino, che comprendeva l'ileo e parte del digiuno, il quarto del canale intestinale: il malato guarì coll'ano artificiale. Quanti mai altri casi non si potrebbero citare in conferma di questi!

⁽²⁾ Oper. cit. T. II, §. 261.

scriveva, quando ancora, ad ajutare efficacemente la guarigione dell'ano artificiale, non erano venuti in ajuto quei potenti mezzi operatorii, che han per oggetto la distruzione dello sprone, che è spesso il solo e principale ostacolo che si pone in mezzo ad impedire che l'ano artificiale guarisca. Lo Scarpa poi discorrendo della operazione del Ramdohr ⁽¹⁾, e sconsigliandola per ragioni evidenti, che parvero tali anche al Nélaton ⁽²⁾; conclude; che, paragonando l'operazione del Ramdohr con la semplicità ed efficacia dei mezzi che la natura impiega per ristabilire la continuità del tubo intestinale stato cancerenato nell'ernia, non si può che riconoscere la superiorità di questi mezzi della natura in confronto di quelli che sono stati suggeriti dall'arte. Io sarei molto prolisso e senza frutto, se volessi qui avvalorare il mio giudizio coll'autorità di tanti maestri, per provare, che, quando un ernia strangolata si è estesamente e totalmente cancerenata, meglio è attendere la riunione mediata che la natura procaccia di quello che fare la riunione immediata con alcuno dei metodi anche più recenti di enterografia. Mi basti però il dire, che gli stessi Professori Amabile e Vernicchi, uomini onesti, esperti, autorevoli, e che per la cura delle soluzioni del continuo delle intestina, molto propendono a favorire e raccomandare la riunione immediata col mezzo delle suture, seguendo essi i precetti e le norme della scuola napoletana, quando poi parlano dell'intestino cancerenato appo lo strangolamento, così dicono: « Ma mentre commendiamo la riparazione immediata sempre che si può, *insistiamo che non si dimentichi essere la riparazione mediata nelle migliori condizioni in questi casi; non intendiamo quindi che si debba troppo sforzar la natura; e se nelle ferite è lecito ed anzi debito d'ingegnarsi in tutti i modi perchè questa maniera di governo si abbia* (la riunione immediata nella sutura), *nelle ernie cancerenate non bisogna esser corrivi, e se le condizioni non lo permettono con sufficiente speranza di buon successo, non bisogna sdegnare la riunione mediata* ». E più sotto aggiungono; « volendo trarre un utile insegnamento da questi fatti, a noi sembra potersi ritenere, che, quando si vuole una riparazione più sicura ed esente da cattive conseguenze, bisogna prescegliere

(1) Memoria 4.^a Sulle Ernie §. XXII.

(2) Oper. cit. T. IV, pag. 293.

la mediata (riunione), siccome nel principio del secol nostro si è dai più gravi chirurghi sostenuto, ma coll'intervento dell'arte, siccome in quasi tutto il secolo passato si è riconosciuto » ⁽¹⁾.

E qui coll'ernia lunga cancrenata termina la serie delle molte complicate che possono in genere accompagnare l'ernia strangolata, e nelle quali può variamente imbattersi il chirurgo nel fare la Erniotomia; e qui terminano pure le indicazioni di quelli speciali provvedimenti, che possono essere richiesti dalla qualità e natura delle medesime complicate. Se io non fui breve nel darvi conto di questi importanti argomenti, attribuitelo alla necessità che mi vi costrinse, e al vivo desiderio di essere quanto più poteva utile agli studi vostri.

(1) Oper. cit. pag. 279-280

LEZIONE VENTIDUESIMA

Difficoltà della Erniotomia. Statistiche insufficienti a provare il vero valore dell' Erniotomia. Cause che fanno precipitare a rovina li operati. Li erniosi non vanno lasciati a se stessi. Conclusioni. Valore della Erniotomia.

Signori,

E. Dopo tutto quanto io sono andato fin qui dicendo sulle ernie addominali e specialmente sulle ernie strangolate e sulla Erniotomia, non credo già aver compiuto il debito mio in modo da avervi aperta facile la via alla pratica della operazione difficile sempre delicata e pericolosa, che si fa per togliere lo strangolamento. In queste Lezioni io vi ho dato soltanto i più generali precetti, e ve li ho dati con quel lungo studio dell' argomento e con quella coscienziosa esperienza, che l' esercizio dell' arte in grandi Spedali mi può aver suggerito. Tutti i più valenti chirurghi dicono, e dicono il vero, che, operando, non si trovano due ernie strangolate che siano eguali. Molte, gravi, insolite, intricate difficoltà s'incontrano sovente, e tali da render sospesa la mano dei più esperti operatori, facendoli dubbiosi e perplessi nell' andare innanzi nell'atto operatorio. Non vi è autore classico che abbia trattato delle ernie strozzate, che questo non dichiari ed asseveri, e questo pure non confermi colla narrazione di fatti propri e da altri raccontati. Velpeau non dubita di asserire « che è impossibile mettere innanzi precetti assoluti per la Erniotomia. In ciascuna operazione si ha sott'occhio un fatto nuovo, e il chirurgo è obbligato sull'atto di sciogliere

le difficoltà che gli si parano davanti ». Ed aggiunge poi, « per le ernie strangolate non vi sono regole positive; quasi tutte hanno in loro stesse le loro regole speciali ⁽¹⁾ ». Ciò si deve essenzialmente alle variabilissime condizioni anatomico-patologiche delle ernie strangolate, a quelle dei tessuti che le circondano, alle frequenti complicità che le avviluppano. Bene diceva Percival Pott nel suo Trattato delle Ernie ⁽²⁾, quando ammoniva; che, per affrontare e vincere queste tante difficoltà, è di un grande ajuto l'anatomia (normale e morbosa), ed anzi è l'unica solida e vera base, sulla quale si appoggiano e si appuntellano tutte le cognizioni chirurgiche relative a questa malattia, e che essa ha in questi ultimi tempi grandemente contribuito a dar norma e perfezionare l'Erniotomia come ogni altra parte dell'arte chirurgica. Ed io trovo che ora fanno opera degna di vera lode, coloro che, al pari del Corradi ⁽³⁾, Bonorra ⁽⁴⁾, Marzolo ⁽⁵⁾ ec., intendono a mettere in chiaro ed ammonire i pratici intorno alle difficoltà che si parano innanzi nell'eseguire la Erniotomia, le quali non si potrebbero facilmente toglier di mezzo nè superare coi soli precetti generali, bensì coll'ajuto delli studi anatomico-patologici, coll'aver molto operato, col far tesoro di tutte quelle particolari cognizioni che uno può avere acquistato studiando, vedendo fare e facendo. Già il Garengéot ⁽⁶⁾, fino da quando la Erniotomia e la cura delle ernie sciolte fu ritolta dalle mani dei ciarlatani (in Francia lo stesso Re Luigi XIV dava agli erniosi i medicamenti ciarlataneschi) aveva mostrato la necessità di tener conto nello studio delle ernie dei casi singolari, richiamando sovr' essi l'altrui attenzione. E questo ch'egli fece, altri dipoi fecero, e ne ebbe frutto l'arte e la scienza.

La Erniotomia, non per se stessa, ma per doversi compiere su parti già malate, e che per lo strangolamento sono

⁽¹⁾ Oper. cit. T. IV.

⁽²⁾ Oper. cit. T. I. pag. 279.

⁽³⁾ Archiv. di Med. Chir. ed Igiene. — Roma 1872. Ernia a doppio sacco.

⁽⁴⁾ Contributo clinico alla Istoria delle Ernie. — *Lo Sperimentale*. Anno XXV. T. XXXI. 1873, pag. 609 e 1873 pag. 3.

⁽⁵⁾ Esempi notevoli di varietà anatomico-patologiche e di speciali indicazioni curative nelle Ernie addominali. Padova 1874.

⁽⁶⁾ *Sur plusieurs hernies singulières* — *Mém. de l'Académie Royale de Chirurgie*, T. I, pag. 699, 1743.

in preda ad un processo morboso acuto, al quale concorrono elementi diversi, è operazione gravissima e tanto pericolosa, che il Malgaigne non dubitò chiamarla *la più micidiale della Chirurgia*, e in questo conto la tenne pure Giovan Battista Borelli ⁽¹⁾: ciò è troppo. Però le statistiche generali sono veramente scoraggianti. Collis nel 1861 pubblicò un rendiconto di 1020 casi di Erniotomia, aprendo il sacco erniario, e tolti dalla pratica dei chirurghi inglesi, e questi 1020 casi fornirono 516 guarigioni e 504 morti; quasi il 50 per cento di morti! Lo zelante A. Barbieri ⁽²⁾, pubblicando i risultati delle Erniotomie nello Spedale Maggiore di Milano dal 1820 al 1868, dice: che sopra 735 Erniotomie si ebbero 348 guarigioni e 386 morti, un caso non essendo stato verificato, che vuol dire che su 100 casi i morti furono più di 50! Ma io credo che queste statistiche ed altre simiglianti siano per ora insufficienti a provare il vero valore della Erniotomia. I casi, dice benissimo il Ranzi ⁽³⁾, non possono esser presi nel loro insieme, ma dalli elementi che compongono questi stessi casi e dalle condizioni particolari nelle quali si trovano. La statistica di alcuni Spedali d'Italia, quello di Santa Maria Nuova di Firenze fra li altri, non è così sconsolante. La qualità dell'ernia strangolata, il grado dello strangolamento, le complicanze che possono accompagnarlo, il volume dell'ernia stessa, e principalmente il tempo, sollecito o tardivo in cui si opera ec., possono dare all'Erniotomia un valore diverso. Bisogna che la statistica stessa prenda di mira tutti li elementi del male, e non giudichi della operazione pigliando in massa il numero delli operati. Per esempio lo stesso Barbieri sopra ricordato fa sapere, che sopra 187 ernie crurali operate, le guarigioni furono 110 e le morti 77. Ecco una differenza importante fra le ernie in genere operate, e le crurali in specie. La statistica, dalla quale si vuol far noto il valore della Erniotomia, bisogna sia fatta con altri indirizzamenti quali i sopra

(1) Della riduzione incruenta delle Ernie inguino-crurali strozzate. — Torino 1866. Egli, che in genere è tardo ad operare, fa ascendere la mortalità delli operati colla Erniotomia fino al 66 e 73 per 100: enorme!

(2) Rendiconto della Guardia chirurgica dello Spedale Maggiore di Milano per l'anno 1869. Milano 1870.

(3) Gazzetta Med. Italiana — Toscana. Anno 1856, n. 50, pag. 426.

indicati. Dire che sono stati operati coll' Erniotomia tanti individui, e di questi tanti morirono e tanti guarirono nella prova ⁽¹⁾.

Le cause che fanno precipitare a rovina li operati per ernia addominale strangolata, sono varie, diverse ed anche talvolta rare e inaspettate. Periscono taluni perchè il chirurgo, messo a nudo il sacco, rintrodisse l'ernia in massa e così rintrodotta la lasciò strangolata nel ventre; oppure perchè, tolto uno strangolamento secondario, rimase attivo il principale; o per una briglia o fenditura omentale o meseraica che seguì a stringere l'intestino anche dopo averlo riposto. Molti degli operati muoiono, e sono i più, per li effetti infrenabili della entero-peritonitide e per li esiti che le appartengono, specialmente la suppurazione, i quali, ora dalla ferita e dal viscere strangolato ed infiammato si diffondono alle più interne parti, ora da queste si propagano alla ferita e la rendono infetta per mala secrezione. Muoiono per emorragia interna inavvertita; per paralisi intestinale, quando l'intestino, non ripigliando il suo atto di contrazione e tenendo in sacco le materie, fa che durino e incalzino i fenomeni gravi dello strangolamento, quasi l'operazione non fosse stata fatta; rotto l'intestino, muoiono per versamenti e stravasi che non han riparo; muoiono per infiltramenti marciosi che si generano o si fanno strada fra le pareti addominali ove ha sede la ferita; e talvolta muoiono per esaurimento di forze senza chè la sezione del cadavere dia ragione della morte avvenuta, nè l'operato di Erniotomia può esser sottratto alle influenze micidiali delle malattie comuni e popolari, le quali, senza chè alcun rimedio valga, lo tolgon di mezzo. Il Dottor T. Bryant ha reso conto ⁽²⁾ di 126 casi di ernie seguite da morte studiandone le cagioni diverse coll' ajuto dell'anatomia patologica.

Quello però che deve destare un po' di maraviglia, è, come

⁽¹⁾ Il Dottor Tibault ha pubblicato recentemente una statistica della Erniotomia ⁽¹⁾ che io non conosco: la cito perchè forse altri potrebbe avere la opportunità di consultarla.

⁽²⁾ *Statistique d'opérations d'hernées étranglées Journal de Médecine de l'Oncst. Nantes* 1873.

⁽¹⁾ *Gay's Hospital Reports 3 series 1856. T. II, pag. 71.*

alcuni e rarissimi operati coll' Erniotomia siano periti per tetano. Unzer, raccontano, fece l'operazione per l'ernia ad un uomo: tutto procedeva a seconda nei primi giorni; ma la notte del 5.^o, avendo sudato ed avendo cambiata la camicia calda che aveva con una fredda, fu preso da tetano e ne morì (¹). Il tetano in questo caso sarà stato reumatico, ed ogni individuo sano o malato, operato o non operato, può andarvi soggetto. Ma non fu così in un caso che io debbo parimente alla gentilezza del mio amico e collega Prof. Paoli, e del quale mi permetterete che vi dia un piccol cenno, non trovandone il simigliante nei libri che trattano delle ernie.

Una donna di 52 anni, forte e robusta di tempra, avendo avuto parecchi figli e l'ultima gravidanza gemella, ebbe a partire dell'ernia ombellicale; la quale, da prima piccola e riducibile, poi, trascurata che fu, divenne voluminosa e irreducibile: non volle mai portar cinto per contenerla, l'abbandonò alla natura: dopo 7 anni era una vera eventrazione addominale. Nell'agosto 1844 quest'ernia si strangolò ed i segni dello strangolamento furono acutissimi: il tumore era immenso, nè dava segno di volere in parte rientrare; fu necessario, trascorsi due giorni senza frutto, di ricorrere all'Erniotomia, che fu operazione spaventevole, e alla quale pose mano lo stesso Prof. Paoli. Messo allo scoperto con un taglio di 7 pollici il sacco erniario, e questo inciso, scaturì una immensa matassa intestinale costituita dall'ileo, dal cieco, dal colon ascendente e trasverso e dai relativi mesenterj e mesocolon. La radice di questa ernia straordinaria per volume era validamente strozzata dall'anello, aponevrotico da cui era passata: non presentava briglie nè adesioni: le intestina erano arrossate, tumide di sangue, distese a dismisura dai gas. Fu tagliato in quattro punti l'anello che strangolava: nullameno la riduzione fu lunga, difficile, faticosa: durò un'ora: un'ansa entrava e due uscivan fuori. Vi fu un movimento nel quale sembrò che la donna venisse meno e morisse per li strazi e li acuti dolori che provava: finalmente fu fatta la riduzione, e l'apertura erniaria venne chiusa col mezzo della sutura incavigliata, che altro mezzo non poteva convenire: i cerotti, la fasciatura completa-

(¹) *Jaeger-Chirurg. Cautelen*, T. II, pag. 56.

rono l'apparecchio della medicatura. Tutti che erano intorno alla malata pensarono che l'esito sarebbe stato prontamente fatale. Infatti in un subito si accese intensa entero-peritonitide; la quale combattuta strenuamente con salassi ed altri rimedi, fu vinta. Il sacco erniario e la pelle stretta nella sutura si cancrenarono: cadute l'escare e tolti i fili, la piaga prese buon aspetto e mostrava voler presto guarire. Già la malata ed il curante se ne rallegravano e n'avevano ben ragione. Queste speranze però furon brevi. Nel ventesimo giorno dopo l'operazione, la malata cominciò ad avere difficoltà ad aprir la bocca, e le mascelle si stringevano sempre più: il trisma era manifesto: il giorno appresso al trisma tenne dietro l'opistotono; il tetano era evidente, nè valsero a frenarlo le preparazioni oppiate e l'oppio ad alte dosi: al 5.^o giorno dopo lo scoppio del male la infelice donna era cadavere. L'autossia dimostrò; che tutte le intestina si trovarono traslocate e con li effetti della patita flogosi; le anse dei tenui occupavano la regione iliaca e lombare destra, i crassi l'opposta parte; il cieco ed il colon ascendente aderivano validamente all'apertura erniaria, e circoscrivevano un piccolo fuocolajo purulento, che, atteso le aderenze, non poteva versarsi nella cavità peritoneale, e che, col tempo, o si sarebbe riassorbito, o spinto dalla massa intestinale, si sarebbe aperta una via per la residua ferita o per la cicatrice. La donna, se non fosse stata colta dal tetano, che in questo caso può dirsi traumatico, non insolito ad osservarsi quando le ferite per armi da fuoco, per esempio, sono prossime a chiudersi e cicatrizzare, sarebbe potuta guarire, non solo degli effetti della operazione, ma della stessa sua eventrazione.

Molti patologi delle vecchie e delle nuove scuole, trattando delle ernie, insegnarono ed insegnano, che quando si vede un malato colla sua ernia strangolata e forse cancrenata ridotto alli estremi della sua vita, sia miglior consiglio lasciarlo quietamente morire e non toccarlo. Questo diceva Dionis, e questo, fra li altri, dice Le Dentu ⁽¹⁾ asserendo; che, quando il malato è talmente grave, che l'operazione non offra più alcuna speranza di soccorso, meglio è non la fare. Io non dirò, che quando il chirurgo giunga a vedere il malato allorchè è per

(1) Oper. cit. pag. 624.

trarre li ultimi respiri, debba metter mano al coltello. Lo vieta la reverenza alla morte che si avvanza, lo comanda il rispetto alla umanità che non può più sperare aiuto dalli uomini. Ma che un ernioso, sia l'ernia infiammata o cancrenata, debba, come taluni fanno, esser lasciato a se stesso, senza soccorso chirurgico, ciò non mi pare sia conveniente e caritatevole. Noi non possiamo con sicuri dati porre i confini fra la sanabilità o insanabilità assoluta di una malattia: bisogna fare, e fare fino all'ultimo momento con perseveranza, anche quando la speranza pare che non abbia più fiore di verde. Io ho sempre alla memoria un fatto che qui registro. Nel 1847 accolsi nella clinica di Pisa un vecchierello che da dieci giorni portava una ernia inguinale destra acutamente strangolata. Pareva che da un momento all'altro dovesse spirare, tanto le forze erano all'estremo ridotte. L'ernia era stata maneggiata aspramente, rozzamente, e lo stesso malato per riporla aveva adoperato un fuso. Lo scroto era livido, gonfio, aperto in più punti, enfismatico: io volli tagliarlo ampiamente e profondamente incidendo l'intestino: l'ernia era cancrenata. Dalla ferita cominciarono a sgorgare materie intestinali fecciose in abbondanza; le forze si rinfrancarono; cessò il vomito e specialmente il singhiozzo tormentoso: le parti mortificate si separarono dalle vive, si stabilì un'ano accidentale, che non dette tempo alla cura, perchè il malato, rinutrito e riconfortato, volle com'era, ritornare alla propria casa nella lontana campagna, nè più seppi di lui. La tarda incisione lo aveva salvato. E questa incisione, non dico l'Erniotomia, qual mai maggior pericolo potrà addurre nello stato miserando e quasi disperato nel quale si trova l'infermo? G. L. Petit, correndo un giorno la posta in Germania, discese in una casupola ove fu colpito dal fetor di cancrena. Gli fu fatto vedere un'uomo in preda agli accidenti di un'ernia cancrenata e che pareva moriente. Egli incise in più punti il tumore che tosto si vuotò abbondantemente. Ripassando dal medesimo luogo dopo 28 giorni, seppe con gran meraviglia che il malato era perfettamente guarito, non conservando neppure la fistola stercoracca. Un'altra volta lo stesso Petit, viaggiando di notte per Ferté-sous-Jouarre, ed avendo smarrita la via, andò a domandarne in una casa ove si vedeva chiarore di lume. Una donna che gli aperse gli

disse, che suo marito era in agonia: Petit volle vederlo e trovò che aveva un'ernia cancerenata; l'aprì, raccomandando lasciare il resto alla natura, poco sperando ch'ei si potesse salvare. Non fu così; il malato guarì e fece nota la sua perfetta guarigione al sommo chirurgo francese. Questi ed altri fatti che vi potrei ricordare, dimostrano all'evidenza che non è prudente abbandonare affatto li erniosi colle loro ernie strozzate infiammate e cancerenate, alle sole risorse che può offrir la natura, ma è bene soccorrerli pure colli ajuti dell'arte, anche quando pare che il loro stato sia agli ultimi estremi ridotto e senza riparo.

Da tutto ciò che io sono andato lungamente discorrendo e trattando in queste lezioni sulle ernie, dalle quali auguro agli studiosi della chirurgia quel frutto di sapere che ebbi in animo di apparecchiare, mi pare che si possa finalmente concludere;

1.^o Che, di tutti i mezzi chirurgici consigliati proposti e adoperati per guarir l'ernia sciolta addominale, quello che è in se stesso innocuo e che può provvedere e guarire non raramente la malattia, è *il cinto erniario*;

2.^o Che, quando l'ernia è strangolata in modo acuto, ed è piccola, dolente ec., riusciti infruttuosi i primi e pronti tentativi del taxis incruento, bisogna *presto* curarla colla *Erniotomia*;

3.^o Che, questa operazione potendo esser fatta in certi casi senza la incisione del sacco erniario, nei casi maggiori deve compiersi incidendo il sacco stesso, imperciocchè, per non fidare nella fortuna, è meglio sempre vedere con i propri occhi lo stato vero dei visceri strangolati e provvedere ai bisogni, alli errori, alle complicate ec.;

4.^o Che, in fine, quand'anche l'ernioso, colla sua ernia strangolata, siasi ridotto in uno stato miserando e quasi disperato da essere imprudente l'atto completo dell'Erniotomia, non bisogna abbandonarlo, e, quando si può, non rifiutargli quell'ultimo compenso dell'arte, la incisione del tumore ernioso, dalla quale, quanto meno uno se lo aspetta, può derivare salute.

Il valore della Erniotomia, considerata quale atto operatorio, quando si faccia sugli animali, o sopra individui che parevano aver l'ernia strangolata e non l'avevano, non porta

a credere, che questa operazione sia per se stessa, nè grave nè pericolosa. La gravezza ed il pericolo insorgono in ragione di tutte le circostanze che accompagnano l'ernia strangolata, ed è lo studio di queste medesime circostanze che deve occupare i chirurghi, affinchè le loro statistiche abbiano quell'indirizzamento, richiesto oramai dai bisogni della scienza e dell'arte.

FINE

INDEX

1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

INDICE

INTRODUZIONE	Pag.	1
LEZ. 1. ^a <i>Dell' ernie in generale e particolarmente delle addominali; loro cause, sede, varietà e distinzione loro in sciolte riducibili, sciolte irreducibili e strangolate. Anatomia patologica di esse: alterazioni proprie dell' ernie sciolte.</i>	»	5
LEZ. 2. ^a <i>Anatomia patologica: del sacco erniario; suoi caratteri e sua varietà di forma e di struttura: alterazioni che esso ed i visceri contenuti possono presentare quando l' ernia è sciolta riducibile o irreducibile.</i>	»	17
LEZ. 3. ^a <i>Ernie strangolate e loro segni: cagioni dello strangolamento, dell' intasamento, dello spasmo e della flogosi come tali considerate e riflessioni relative. Sede più ordinaria di esso. Alterazioni anatomico-patologiche delle ernie strangolate: rammollimento dell' intestino, semplice o consociato a ulcera o rottura; ernia cancrenata e suoi segni anatomici</i>	»	29
LEZ. 4. ^a <i>Della cura delle ernie addominali. Del cinto, parti diverse che lo compongono e suo modo di agire: cinti antichi e moderni: cinto francese ed italiano</i>	»	60
LEZ. 5. ^a <i>Seguito del medesimo argomento del Cinto Ernario: Cinto Inglese. Modo per la fabbricazione di essi cinti e regole per applicarli: benefici effetti per la guarigione delle Ernie col solo Cinto</i>	»	67
LEZ. 6. ^a <i>Operazioni usate dagli antichi Chirurghi per tentar di guarir l' ernia sciolta addominale: legatura, incisione, sutura, escisione del sacco; cauterizzazione di esso; semi-castrazione, punto dorato, sutura reale: altri modi speciali di operazione; rimedi empirici; pratiche superstiziose</i>	»	82

- LEZ. 7.^a Operazioni usate dai Chirurghi dei nostri tempi per tentare di guarire l'ernia sciolta addominale: metodi diversi; *autoplastia, introduzione nel sacco di corpi estranei organici lasciativi a permanenza, sutura colli aghi, ago-puntura, iniezioni irritanti nel sacco, scarificazioni, tamponi organici invaginando l'inviluppi erniari nel foro e canale erniario, tamponi o invaginatori meccanici*: processi relativi a questi diversi metodi Pag. 95
- LEZ. 8.^a Seguita l'argomento stesso della Lezione antecedente: *altri metodi ed altri processi relativi alla cura chirurgica dell'ernia sciolta addominale* » 114
- LEZ. 9.^a Delle Ernie sciolte e irreducibili: *loro cause; soverchio volume; aderenze; briglie ec.; ipertrofia dell'omento e sua degenerazione; corpi estranei nell'intestino*: provvedimenti chirurgici » 126
- LEZ. 10.^a Ernie strangolate: *vari modi di riduzione o Taxis: dilatazione dei grassi intestini col mezzo dell'aria spinta dal retto, estrazione dei gas dalla medesima via, ghiaccio, gran coppa ventrale, elettro-puntura, puntura semplice ed aspiratrice, compressione elastica sul tumore e pressione sul ventre, taxis incruento premendo colla mano il tumore ernioso* . . . » 142
- LEZ. 11.^a Ernie strangolate; *metodi di riduzione; Metodo del Seutin, lacerazione del cingolo strozzante; ernie ridotte in massa, segni e cura.* » 164
- LEZ. 12.^a *Sua istoria ed istrumenti proposti ed usati per eseguirla* » 181
- LEZ. 13.^a *Tempo e modo di eseguire la Erniotomia, e primo atto della Operazione.* » 206
- LEZ. 14.^a Ancora della Erniotomia: 2.^o 3.^o e 4.^o tempo di essa. *Medicatura della ferita* » 230
- LEZ. 15.^a *Del modo di eseguire la Erniotomia quando l'ernia strangolata si è ridotta in massa; casi diversi. Altri metodi proposti e messi alla prova per compiere la Erniotomia* » 250
- LEZ. 16.^a *Altri modi proposti e messi alla prova per eseguire la Erniotomia e più particolarmente del metodo sotto-aponevrotico di Guérin* » 271

- LEZ. 17.^a *Complicanze della Erniotomia. Emorragia: compensi consigliati per rimediarvi. Puntura e ferita dell'intestino: provvedimenti da prendersi per ripararvi. Enterorafia.* Pag. 284
- LEZ. 18.^a *Della pratica da consigliarsi, quando l'ernia è omentale. Delle adesioni dei visceri col sacco o dei visceri fra loro. Indicazioni curative da seguirsi in simili casi.* » 302
- LEZ. 19.^a *Ancora delle complicanze della Erniotomia. Briglie funicolari o funicelle, che possono fare strangolamento: condotta da seguirsi in tal caso. Ristringimento dell'intestino: pratica proposta e raccomandata per provvedervi. Ulcera perforante intestinale: via da tenersi per portarvi riparo.* » 319
- LEZ. 20.^a *Si continua a dire delle complicanze della Erniotomia. Cancrena dell'intestino; come si distingue; che cosa si deve fare, quando l'intestino è parzialmente o totalmente cancrenato. Ano artificiale e fistola stercoracea: provvedimenti operatorii per ajutarne la naturale operazione.* » 335
- LEZ. 21.^a *Operazioni consigliate per curare le conseguenze dell'ernia intestinale cancrenata. Formazione di un ano artificiale permanente. Compensi diretti a toglier lo sprone, affinchè le materie intestinali riprendano il loro corso. L'enterorafia in soccorso dell'ernia intestinale cancrenata. Se occorra sbrigliare quando l'intestino si è aperto largamente. Casi nei quali si dee procurare la riunione colla enterorafia o la riunione immediata. Casi nei quali si dee lasciare alla natura la riunione mediata, ajutandola coll'arte.* » 349
- LEZ. 22.^a *Difficoltà della Erniotomia. Statistiche insufficienti a provare il valore della Erniotomia. Cause che fanno precipitare a rovina li operati. Li erniosi non vanno lasciati a se stessi. Conclusioni. Valore della Erniotomia.* » 363

